

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 28

DE LA

Rétention des Membranes

DANS L'ACCOUCHEMENT A TERME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1907

PAR

Georges - Marie - Albert HULLOT

Né à Paris (Seine), le 16 novembre 1883

Elève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :

MM. LEFOUR
DEMONS
ANDÉRODIAS
GUYOT

professeur... *Président*
professeur
agrégé..... } *Juges*
agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 28

DE LA
Rétention des Membranes
DANS L'ACCOUCHEMENT A TERME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1907

PAR

Georges - Marie - Albert HULLOT

Né à Paris (Seine), le 16 novembre 1883

Élève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :

MM. LEFOUR
DEMONS
ANDÉRODIAS
GUYOT

professeur.... *Président.*
professeur
agrégé..... } *Juges.*
agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT
91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

1907



Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraire.
MASSE..... }

MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie..... BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle... GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie..... DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale... DE NABIAS.
Pathologie et thérapéutiques générales.	VERGELY.	Médecine expérimentale..... FERRÉ.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique..... BADAL.
Médecine opératoire.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCÉ.
Clinique d'accouchements.....	LEFOUR.	Clinique gynécologique BOURSIER.
Anatomie pathologique.....	COÏNE.	Clinique médicale des maladies des enfants MOUSSOUS.
Anatomie.....	GENTES (chargé).	Chimie biologique... DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
Physiologie.....	JOLYET.	Pathologie exotique. LE DANTEC.
Hygiène.....	LAYET.	
Médecine légale.....	L. LANDE.	
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIE.	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez...	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (Pathologie interne et Médecine légale.)

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOUIN.	Accouchements. {	MM. ANDERODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle. {	BEILLE.
			MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

ANDRÉ LECOMTE

LIEUTENANT D'INFANTERIE

ET

JEAN DU COUËDIC DE KERGOALER

A MES MAITRES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

COLLÈGE LIBRE N.-D. DE SAINTE-CROIX, LE MANS

A MES MAITRES DE LA MARINE ET DE LA FACULTÉ

BREST-BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFOUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, il est pour nous un devoir très agréable à remplir : celui de remercier tous ceux qui, pendant le cours de nos études, se sont intéressés à nous.

Notre reconnaissance va d'abord à nos professeurs du Collège du Mans, qui, pendant sept années, furent pour nous des maîtres dévoués et dont nous avons pu apprécier la bonté à un moment douloureux de notre vie.

Plus tard, à Brest, après une année passée à l'école-annexe de médecine navale, nous avons été à même d'apprécier la bienveillance de M. le Dr Valence, nous l'en remercions ici très sincèrement.

A Bordeaux, dans les services de M. le professeur Demons et de M. le professeur Lagrange, nous avons reçu un accueil des plus bienveillants et nous ne saurons trop les remercier de leurs savantes leçons.

Parmi nos maîtres de la marine, nos remerciements vont à MM. les Drs Beguin, Chabannes et Aurégan.

Enfin, en terminant, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Lefour qui, par ses cliniques comme par ses savantes causeries au lit du malade, nous a initié à l'art des accouchements. C'est lui qui a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail et en voulant bien accepter la présidence de notre thèse, il comble un vœu déjà ancien, aussi nous l'assurons ici de notre toute respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

De tout temps, la rétention des membranes a été considérée par les accoucheurs comme un accident de la délivrance. Tous ont cherché à obtenir un délivre dans lequel le placenta était joint à la totalité des membranes.

D'abord signalée par A. Paré, puis par Guillemeau, la rupture des membranes est ensuite étudiée par Peu, qui s'exprimait ainsi : « Je suis bien éloigné de ceux qui se » mettent peu en peine que les membranes restent dans » l'utérus pourvu que le gâteau soit entier. C'est un grand » risque que de les laisser et je soutiens qu'il est plus dange- » reux de laisser une portion de membranes qu'une de » l'arrière-faix dans l'utérus ».

C'est ainsi que s'exprimait Mauriceau en 1731 : « Il faut agiter la femme, exciter les vomissements chez l'accouchée, afin que tous ces mouvements et ces différentes agitations assent détacher et expulser l'arrière-faix de la matrice, et pour en faciliter l'expulsion la femme aura soin de souffler dans une de ses mains fermée ».

Après lui, M^{me} Lachapelle nous rapporte un cas de rétention des membranes, après une présentation de l'épaule, ayant nécessité une version. « La délivrance avait été fort » simple et fort facile, cependant une portion des membra- » nes était restée dans l'utérus, de telle sorte que l'introduc- » tion de la main fut nécessaire pour obtenir une évacuation » complète. Quelques jours après parurent les premiers » symptômes d'une péritonite bilieuse, que dissipèrent l'ipé- » cacuanha, les sangsues et les ventouses ».

Puzos insistait à son tour sur l'inutilité et les dangers de l'extraction manuelle des fragments retenus, puis Levret, Baudelocque y consacrent quelques mots, puis, à son tour, Maygrier, an X, signale les dangers de la présentation de la face utérine.

Après eux, tous les auteurs classiques ont accordé quelques lignes à cet accident, mais, malgré cela, il n'a pas été l'objet d'une étude aussi approfondie que la rétention placentaire. Nous dirons au traitement ce que pensent les auteurs contemporains. Sans en avoir la gravité, la rétention des membranes mérite d'être étudiée d'une façon complète, en raison des accidents qu'elle est susceptible de déterminer.

Plusieurs thèses intéressantes ont déjà été faites sur ce sujet : Dubourg, 1884, Cros, 1897, Théret, 1897. Quelques observations recueillies dans le service de M. le professeur Lefour nous fournissent l'occasion de contribuer, pour une modeste part, à l'étude de cette complication de la délivrance, « temps fertile en accidents et incidents et dont on ne doit point méconnaître l'importance au point de vue de l'issue heureuse ou malheureuse des suites de couches ».

DÉFINITION, VARIÉTÉS, FRÉQUENCE

De la rétention des membranes

La rétention des membranes en partie ou en totalité est un accident relativement fréquent de la délivrance qui peut être dû à un grand nombre de causes. Cet accident a donné lieu dans la pratique des accoucheurs à des opinions contraires et à des directions quelquefois diamétralement opposées.

Si tous les auteurs sont à peu près unanimes à considérer la rétention du placenta comme une chose dangereuse, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit des membranes seules, et de cette divergence de vues dans le pronostic, il s'en est suivi des différences d'intervention. En ce qui concerne la rétention des membranes, nombre d'accoucheurs considèrent qu'elle constitue une situation périlleuse pour la femme. D'autres, au contraire, la considèrent comme un accident sans danger. Par suite, les uns font plutôt de la thérapeutique active interventionniste, les autres de la thérapeutique passive, expectative. Les premiers, les interventionnistes, fondent leur opinion sur des cas d'accidents infectieux, parfois mortels survenus à la suite de rétention des membranes. Les seconds, au contraire, se fondent sur des observations cliniques qui prouvent l'innocuité de la rétention, lorsque les précautions d'antisepsie nécessaires sont prises.

Disons tout de suite que nous nous rangeons du côté de ces derniers, et le but de ce travail n'est autre que de cher-

cher à montrer par des preuves aussi fortes que possible, que la rétention des membranes dans des conditions déterminées est sans danger pour l'accouchée et qu'on doit la laisser évoluer sans autre intervention que des précautions antiseptiques.

Avant d'aborder directement la rétention des membranes, nous croyons nécessaire de consacrer quelques lignes à la description des annexes de l'œuf. Les membranes sont constituées par trois couches différentes, qui sont en allant de dehors en dedans :

1° La caduque, membrane d'origine maternelle, d'épaisseur variable, généralement assez friable, se présente parfois sous forme d'une pulpe sanguinolente qui, dans certains cas, peut manquer par place.

2° Le chorion, membrane d'origine fœtale assez résistante solidement fixée au bord du placenta. Il est séparé de la caduque par un tissu conjonctif très lâche et sillonné de vaisseaux assez nombreux.

3° L'amnios est à la fois plus mince et plus résistant que le chorion, sa surface libre en rapport avec le liquide amniotique est lisse et polie. Il est uni au chorion par sa surface externe à l'aide d'un tissu conjonctif lâche.

Nous indiquerons plus loin, en parlant des causes de la rétention, comment se pratique ordinairement l'acte de la délivrance.

Nous allons étudier les différentes variétés qui peuvent se produire dans la rétention des membranes.

1° Il peut y avoir rétention totale des membranes, celles-ci s'étant rompues sur les bords du placenta. Cette rétention s'observe assez souvent, le placenta se présente alors découronné.

Sur les 84 cas de rétention que nous avons pu relever, de 1903 à 1907, le placenta s'est présenté ainsi découronné 15 fois.

2° On peut se trouver en présence d'une rétention de la caduque. La rétention totale en est rare, elle est liée à un

état morbide quelconque, le plus souvent la syphilis; la caduque est alors souvent l'objet de malformations. La rétention partielle est plus fréquente, on la considère comme susceptible de donner naissance à des complications plus graves que la rétention du chorion, mais nous verrons cependant que le pronostic n'en est pas plus défavorable.

3° La rétention de la caduque et du chorion peut se produire en totalité ou en partie, ce dernier cas est celui que l'on rencontre le plus fréquemment.

4° La rétention partielle des trois membranes est plus rare, car l'amnios se sépare en général facilement du chorion, un tissu conjonctif lâche l'unissant à ce dernier.

5° La rétention de l'amnios est très rare. Lazarewitch la considère comme dangereuse et comme reconnaissant pour cause la rupture prématurée de la poche des eaux.

Quel est exactement la fréquence de cet accident? Telle est la question que nous allons chercher à résoudre maintenant après avoir vu sous quelles formes peut se présenter la rétention des membranes. Si nous nous adressons aux traités classiques, nous n'y trouvons aucune donnée précise, la fréquence ne peut guère être évaluée, nous disent les auteurs, les statistiques différant dans de trop fortes proportions pour permettre d'en tirer une conclusion.

Cet accident, d'ailleurs, n'est pas toujours noté en même temps que la délivrance, et la rétention des membranes n'est souvent remarquée que lorsque plusieurs jours après l'accouchement, un lambeau membraneux est expulsé pendant les injections. Cependant, quelques auteurs ont cherché à voir dans quelle proportion se présentait cette complication de la délivrance.

Au congrès international de 1900, Maygrier donne les résultats d'une étude faite par lui à la Charité pendant deux années. Il trouve ainsi durant 1898 et 1899 un total de 1.939 naissances sur lesquelles il a noté seulement 152 fois la rétention des membranes. C'est là une proportion de 7,30/0, proportion trop élevée, conclut-il, mais due à l'impatience

qu'ont les élèves de finir la délivrance. De même Budin trouve ce chiffre trop élevé; il conclut que c'est à la mauvaise habitude que l'on a de tirer sur le cordon pour hâter l'expulsion du délivre, que l'on doit de trouver un chiffre aussi élevé.

Rheilen, dans les *Archives de Gynécologie* de Berlin, se rapproche sensiblement de la proportion donnée par Maygrier. Sur les neuf années qui se sont écoulées, de 1877 à 1886, il a relevé 3.534 naissances à terme, les avortements et même les accouchements prématurés n'étant pas comptés. Il n'a noté que 152 fois la rétention du chorion, c'est-à-dire qu'elle existe dans 4 0/0 des naissances. Il ajoute qu'en faisant une statistique des différentes cliniques d'Allemagne, il a trouvé comme chiffre moyen la proportion de 5,1 0/0. Il est à noter qu'à cette époque, en Allemagne, on employait la méthode de Credé. Rheilen nous dit lui-même qu'elle fut toujours appliquée dans la clinique dont il nous donne les résultats, dans le premier quart d'heure qui suivit l'expulsion du fœtus. D'autre part, il faut remarquer que l'on a compté ici que les rétentions du chorion; si, au lieu de porter sur cette seule membrane, la plus fréquemment retenue il est vrai, la statistique portait sur tous les cas de rétention signalés, il n'est pas douteux que l'on se trouverait en présence d'un chiffre sensiblement plus élevé. A Munich, les résultats nous sont donnés par Martini, ils diffèrent notablement de ceux de Rheilen; il ne trouve en effet la rétention des membranes que dans 2,4 0/0 des cas.

Avant de terminer cette étude sur la fréquence de la rétention, disons que sur un total de 1.737 accouchements à terme enregistrés pendant les quatre années, 1903 à 1907, à la clinique d'accouchement de Bordeaux, nous avons relevé un nombre total de 84 cas de rétention, c'est-à-dire, ce qui nous donne une proportion de 4,87 0/0. C'est aux environs de 5 0/0 que se trouve, d'après nous, la proportion exacte de rétention des membranes. Nous ne considérons comme rétention que les cas dans lesquels les membranes n'ont pas

encore été expulsées 6 heures après l'accouchement; à partir de ce moment, en effet, il est impossible de prévoir à quelle époque se fera l'expulsion de ces lambeaux.

Disons en terminant qu'à la clinique d'accouchements dirigée par M. le professeur Lefour, on a recours à la délivrance naturelle, on intervient, ainsi que nous le dirons plus loin, seulement pour enrouler les membranes une fois le placenta déjà arrivé à la vulve.

On a voulu faire jouer un rôle à la primiparité dans la fréquence de la rétention des membranes, c'est ainsi que Slavjansky, de Saint-Pétersbourg, donne la proportion suivante :

9 0/0 des rétentions se font chez les primipares.

tandis que : 4,9 0/0 existent chez les multipares.

Cette inégalité, ou plutôt cette tendance à la rétention serait due, d'après lui, à la plus grande irrégularité de la contraction utérine qui existe chez les primipares.

D'autre part, Frey déclare que des recherches faites à ce sujet l'ont amené au résultat suivant, à savoir que la différence est absolument insignifiante. Sur les 84 cas de rétention relevés par nous à la clinique de Bordeaux, 49 sont arrivés chez des primipares.

La rétention des membranes est donc un accident assez fréquent, mais il est certain que différentes circonstances favorisent la production de cet accident; fréquemment, c'est l'accoucheur qui est cause principale de la rétention; cependant, celle-ci est souvent due à des causes indépendantes de lui. C'est à l'étude de ces dernières que nous allons maintenant passer.

ÉTIOLOGIE

Avant de parler des différentes causes qui peuvent amener la rétention des membranes, nous allons dire en quelques mots quel est le processus d'une délivrance normale.

Le fœtus étant expulsé, l'utérus se rétracte, le placenta, qui ne peut suivre cette rétraction, ne pouvant se plisser, se détache peu à peu de l'utérus. Pendant ce décollement du placenta, les membranes ne subissent, pour ainsi dire, aucune modification, elles restent accolées à la paroi utérine sauf au niveau du segment inférieur. C'est pendant le travail et surtout pendant la période de dilatation qu'elles se sont séparées de la paroi de l'utérus. Le placenta, une fois décollé, tombe dans le segment inférieur et il entraîne avec lui les membranes qui se décolloquent tout d'abord sur son pourtour, son poids détruisant les adhérences de la caduque à l'utérus. Le placenta est alors expulsé hors de l'utérus sous l'influence de la contraction utérine. Il peut même arriver à un moment donné, que le placenta arrivé dans le vagin reste encore attaché au fond de l'utérus par un lambeau membraneux. Il faut donc, pour obtenir une délivrance normale, lorsque le placenta se présente à la vulve, ne pas exercer de tractions sur lui, mais le maintenir, le tourner plusieurs fois sur lui-même afin d'enrouler les membranes. Elles forment ainsi un cordon plus résistant et qui permettra, le plus souvent, de les entraîner toutes ensemble. C'est donc à la délivrance naturelle que l'on doit avoir recours, le plus souvent elle s'exécute dans la demi-heure qui suit l'expulsion du fœtus. Dans ce cas, le placenta se présente par sa face fœtale.

Si, pour une raison quelconque, la délivrance ne se fait pas ainsi que nous venons de l'indiquer, il peut y avoir rétention des membranes. Les causes qui déterminent et amènent cette rétention ont été divisées par ceux qui, avant nous, se sont occupés de la question, en causes prédisposantes et en causes efficientes; nous allons les passer en revue les unes après les autres et attribuer à chacune d'elles la part qui doit lui revenir dans l'étiologie de la rétention des membranes.

La première de toutes celles qu'il faut signaler est la mauvaise présentation du placenta. Lorsque, après son décollement, le placenta, poussé par la contraction utérine, tombe dans le segment inférieur, la traction exercée par lui, traction due à son poids et surtout à la contraction utérine, s'exerce sur tout son pourtour. La force est donc partagée suivant sa circonférence, par suite, les membranes se décollent sans courir le risque de se déchirer. Ce cas, il est vrai, tel que nous venons de le décrire, est rare; il faudrait, en effet, que le placenta fut inséré exactement sur le fond de l'utérus, ce qui est loin d'être un phénomène constant. Lorsque, au contraire, le placenta se présente par son bord, ce n'est plus sur tout son pourtour que se fait sentir la force qui lui est donnée par la contraction utérine, ce n'est plus qu'une faible partie de membranes qui doit la soutenir, la supporter. L'effort étant plus grand, celle-ci peut se rompre et c'est là ce qui explique la fréquence de la rétention lorsque le placenta se présente par son bord.

Si le placenta se présente par sa face utérine au lieu d'exercer son action sur les trois membranes, comme c'est le cas dans la présentation de la face fœtale, c'est le chorion doublé de la caduque qui seul le soutient alors, l'amnios est détendu et s'enroule autour du cordon. Cette particularité de la rétention du chorion, due à la présentation du placenta par sa face utérine, avait déjà attiré l'attention de Bailly en 1875. Il rapporte deux cas de rétention totale du chorion à la suite de la présentation utérine du placenta; aussi, pour éviter cet accident, proposait-il la méthode suivante : lorsqu'on s'aper-

cevait que le placenta se présentait par sa face utérine, il fallait retarder le plus possible l'extraction du délivre, attendre, suivant le cas, une heure et plus, tout en cherchant à retourner le placenta de telle sorte qu'on l'amenât à se présenter par la face fœtale. Cette manœuvre dont il reconnaissait la difficulté, devait être tentée plutôt que de s'exposer à laisser des membranes dans l'utérus. Cette manière de faire ne doit pas être mise en pratique, on risque de rupturer les membranes; d'ailleurs, il est probable que souvent, lorsque le placenta se présente à la vulve par sa face utérine, les membranes sont déjà rompues. Parmi les cas de rétention relevés par nous, la présentation de la face utérine du placenta a été notée 27 fois, soit dans 31 % des cas.

Telles sont les deux causés liées à la mauvaise présentation du placenta. Il en est une, fréquente également, qui tient à la présence d'un cotylédon accessoire. Le placenta décollé peut entraîner avec lui les membranes, mais s'il existe un cotylédon encore adhérent, les membranes se déchirent autour de lui. Nous dirons au diagnostic à quel signe on peut reconnaître la présence du cotylédon, mais ce qui est alors à craindre dans ce cas particulier, c'est moins la rétention des membranes que celle de ce placenta accessoire.

Parmi les autres causes dites prédisposantes, nous pouvons citer la friabilité excessive des membranes. Sous des influences diverses, lenteur du travail, fœtus mort et macéré, les membranes peuvent se diviser en un nombre considérable de lambeaux, il est alors difficile de savoir exactement combien il en reste dans l'utérus. Budin cite le cas suivant où il se trouva en présence de membranes devenues friables à la suite d'un accouchement très laborieux; il y eut rétention, une altération des membranes ayant commencé à se produire.

OBSERVATION

Jeune femme entrée dans le service d'accouchements avec des membranes rompues depuis trois jours. Avant sa grossesse, elle avait été

atteinte d'endométrite. A son entrée, l'orifice utérin était à peine entr'ouvert (1 cent. 1/2), l'enfant perdait son méconium. La mère avait de la fièvre, température 38°2. Le lendemain, les douleurs restaient peu intenses et la fièvre avait augmenté, température 38°4. On prescrivit alors un lavage vaginal, un grand bain chaud et prolongé pour exciter les contractions utérines. Le 30 janvier, la femme ayant perdu les eaux le 25, le col s'était dilaté et l'accouchement se fit normalement. Le thermomètre était monté à 39°. On eut beaucoup de peine à ranimer l'enfant qui, après avoir eu de la fièvre et de la cyanose, tomba dans l'hypothermie. Il se remit cependant. D'autre part, le placenta était sorti en totalité, mais les membranes déchiquetées, friables ne s'étaient pas décollées en totalité. On fit une injection de 8 litres de solution iodo-iodurée. La température était de 39°4. Un écouvillonnage fut pratiqué puis ensuite un lavage utérin. Le troisième jour après cette intervention, le thermomètre ne marquait plus que 36°8. La malade guérit.

Dans cette observation, la cause de la rétention serait, d'après Budin, la friabilité excessive des membranes altérées au cours d'un travail pénible, mais comme cette femme avait déjà eu de l'endométrite, on peut admettre que la rétention a été également favorisée par cette affection car, ainsi que nous le verrons plus loin, l'endométrite doit être considérée comme l'une des causes les plus fréquentes de la rétention.

A la liste des causes prédisposantes nous ajouterons, simplement pour mémoire, les insertions marginales du cordon, les déviations utérines. Ce sont là des causes beaucoup plus rares; mais nous devons accorder quelques lignes à la dissociation des membranes. Champneix, le premier, a voulu attribuer à la rupture plus ou moins précoce de la poche des eaux, une influence sur la rétention des membranes: « Le moment de la rupture des membranes a une grande importance au point de vue de la rétention. Si la rupture est prématurée, on est exposé à une rétention complète; si, au contraire, la rupture est tardive, elle amène la dissociation des membranes et la rétention possible du chorion. »

Sur les observations relevées par nous, la rétention a été

notée 84 fois et dans 45 cas, la rupture de la poche des eaux a été faite artificiellement à la dilatation complète. C'est donc là peut-être une cause plus fréquente qu'on ne le pensait jusqu'alors.

Nous avons ainsi passé en revue les causes qui prédisposent ordinairement à la rétention des membranes, nous en arrivons maintenant à celles qui la déterminent le plus ordinairement. Parmi les plus importantes, nous citerons l'adhérence des membranes et l'intervention intempestive de l'accoucheur.

Nous allons d'abord étudier l'adhérence des membranes. Elle peut être due à plusieurs causes, soit à une endométrite établie avant la grossesse, soit à des hémorragies s'étant produites pendant la gestation. « L'adhérence des membranes, dit Budin, est un phénomène parfois normal; lorsque la femme a eu des hémorragies au cours de la grossesse, le sang qui n'a pu s'écouler se trouve enfermé entre la paroi utérine et les membranes. Il détermine sur ces deux parois une irritation constante qui a pour but de les souder l'une à l'autre par la création d'adhérences, pendant que de son côté le caillot subit la transformation fibreuse. »

Dentu, dans sa thèse : « Essai sur une cause de rétention des membranes », insiste sur l'importance qu'il faut attribuer dans l'étiologie de la rétention aux hémorragies qui se présentent chez les femmes enceintes. En effet, d'après lui, la présentation de la face utérine qui est souvent cause de rétention des membranes serait due le plus souvent à des adhérences consécutives à des hémorragies s'étant produites pendant la grossesse. On se trouve donc là en présence d'un cercle vicieux, la rétention étant due aussi bien à la présentation de la face utérine qu'à une adhérence survenue à la suite d'hémorragies, sans qu'il soit possible de déterminer si c'est l'une plutôt que l'autre qui est le fait primitif.

Les hémorragies les plus à craindre, nous dit encore Dentu, sont celles qui se produisent pendant les premiers mois de la grossesse. A cette époque, les épanchements sanguins se font entre la paroi utérine et les membranes, la

caduque disparaît complètement et on est incapable de la distinguer du chorion.

A côté des adhérences des membranes survenant après des hémorragies, il faut citer celles qui sont dues à des endométrites, le plus souvent chroniques. Celles-ci surviennent tantôt après des suites de couches défectueuses, souvent aussi elles font suite à un avortement. Il faut citer aussi comme cause susceptible de leur donner naissance, la blennorrhagie et la syphilis. L'endométrite syphilitique, bien étudiée dans les thèses de Bonnet et Zielinski est, en effet, fréquemment la cause de rétention. En plus des lésions qui existent sur la muqueuse utérine, il faut aussi compter, dans les cas de syphilis, avec l'épaississement parfois considérable de la caduque. Dans deux cas rapportés par eux, cette membrane atteint une fois l'épaisseur d'un demi-centimètre, une autre fois celle d'un centimètre et demi. C'est aussi à un cas de syphilis que se rapporte le cas cité par Slavjanski d'un chorion éliminé cinq jours après l'accouchement, les parois de la poche variaient, suivant les endroits, entre un centimètre et un centimètre et demi.

Après les adhérences des membranes, il nous faut citer avec Tarnier comme causes fréquentes de la rétention, l'enroulement des membranes autour des caillots. Après le passage du placenta, si les membranes s'entortillent autour d'un caillot, elles peuvent ainsi acquérir un certain volume et l'utérus étant déjà rétracté, elles restent enfermées dans sa cavité. Si on exerce alors des tractions mêmes légères sur le placenta, arrivé à la vulve, les membranes cèdent et restent incluses dans l'utérus avec le caillot sur lequel elles se sont enroulées.

Parmi toutes ces causes qui sont en quelque sorte indépendantes de l'accoucheur, il faut noter encore le cas de mort du fœtus; dans ce cas, la caduque est souvent altérée et peut être retenue en totalité dans la cavité utérine.

Nous en arrivons maintenant aux causes qui tiennent à la conduite de l'accoucheur pendant l'acte de la délivrance, et

ici se pose la question : à quel moment faut-il intervenir dans la délivrance pour éviter autant que possible la rétention des membranes.

Dans une dissertation sur la délivrance, voici ce que disait Maygrier, an X : « Il faut attendre, dit-il. La femme, après la » sortie de l'enfant, jouit d'un calme doux et parfait qu'on » ne peut comparer qu'à lui-même. Cette seconde expulsion » est rarement accompagnée de grandes douleurs, surtout si » on laisse agir la nature qui, pour se débarrasser du placenta » et des membranes, établit un nouveau travail qui est en » petit ce que l'accouchement est en grand. Avant d'extraire » le placenta, il est bon de le contourner plusieurs fois sur » lui-même pour tordre par ce moyen les membranes qui, » repliées et ramassées, suivent plus facilement le placenta » et ne sont pas ainsi exposées à se déchirer et, par consé- » quent, à laisser dans la matrice des débris plus ou moins » considérables qui par leur séjour pourraient y occasionner » et des douleurs superflues, et quelquefois des suites funes- » tes par leur putréfaction. Rien n'est donc plus facile que » d'opérer la délivrance quand on a soin d'attendre que la » nature y soit disposée. »

Ainsi, Maygrier disait d'attendre que la délivrance se fit naturellement; disons de suite que c'est à cette méthode que l'on doit avoir recours, mais avant de montrer les résultats qu'elle peut donner, nous allons étudier les autres procédés et montrer qu'ils augmentent sensiblement le nombre des rétentions.

Parmi ces procédés, le premier à signaler est celui dit de Créde, qui a surtout été mis en pratique en Allemagne. Cette méthode consiste à brusquer la délivrance. Aussitôt après l'expulsion du fœtus, on place une main sur l'utérus; elle doit exercer un massage léger sur la paroi abdominale pour déterminer une contraction. Quand celle-ci se produit, on saisit alors l'utérus à pleines mains et on presse sur lui en le dirigeant sur le bassin. La contraction finissant, on cesse la pression pour recommencer à la contraction suivante,

puis finalement le placenta est projeté comme un noyau de cerise pressé entre le pouce et l'index. Cette méthode donne donc une délivrance rapide, cependant elle doit être rejetée, car, si les membranes sont adhérentes ou si elles n'ont pas encore eu le temps de se décoller, le placenta peut être expulsé seul, les membranes restent dans la cavité utérine. Disons de plus que cette méthode est douloureuse et qu'elle ne peut que favoriser les rétentions, ainsi que le prouvent les résultats suivants (thèse de Cros). Après l'accouchement, si on attend

plus de 10 minutes, les rétentions ne sont que de 1 %
de 5 à 10 minutes, les rétentions ne sont que de 2 %
moins de 5 minutes, les rétentions sont de 8 %

Cette méthode d'expression utérine est donc d'autant plus dangereuse qu'elle est pratiquée plus tôt après l'accouchement. Nous allons voir maintenant quels sont les résultats comparatifs qu'elle donne vis-à-vis des autres méthodes de la délivrance. Parmi ces autres moyens d'aider à la délivrance, nous citerons la méthode de tractions sur le cordon; nous verrons ensuite ce qu'il faut attendre de la méthode d'expectation, c'est-à-dire de celle qui laisse à la nature le soin d'expulser le délivre. Dans la délivrance naturelle, l'accoucheur ne vient intervenir que lorsque le placenta se présente à la vulve, il peut alors le soutenir et le maintenir de façon à ne pas exercer de tractions sur les membranes. Suivant le conseil de Maygrier, il peut tourner le placenta plusieurs fois sur lui-même, afin de faire des membranes un cordon plus résistant. Il doit alors attendre que celles-ci viennent d'elles-mêmes, car exercer des tractions, ce serait s'exposer à les rupturer avant qu'elles ne soient complètement décollées.

La délivrance naturelle laisse à la nature le soin d'opérer les deux premiers actes de la délivrance, elle n'intervient qu'au troisième temps pour empêcher le placenta de rester suspendu par les membranes.

Voici la statistique donnée par Lescona, de Turin, qui indique la proportion de rétention des membranes suivant le mode de délivrance employé :

Par la délivrance spontanée, les rétentions n'en sont que de 1.48 %.

Par la méthode de Crédé, les rétentions sont de 2.52 %.

Par la méthode de tractions sur le cordon, elles sont de 10.43 %.

Weiss, de son côté, trouve les résultats suivants :

Par la délivrance spontanée, rétention, 1.78 %.

Par expression, rétention, 2.30 %.

Dubourg, dans sa thèse de 1884, donnait les résultats suivants :

Par expectation, on a 2,1 % de rétention.

Par traction, on a 7 % de rétention.

Par expression, on a 8 %.

En somme, bien que les chiffres donnés par ces statistiques diffèrent les uns des autres, il n'en est pas moins vrai que toujours la méthode expectative donne les meilleurs résultats.

La méthode de Crédé, ainsi que le constate Reihlen, pratiquée dans les quinze minutes qui suivirent l'accouchement, lui donna une proportion de 6 %. Nous avons déjà dit, en parlant de la fréquence de la rétention des membranes, que la statistique faite à la clinique d'accouchements de Bordeaux, où l'on n'intervient que lorsque le placenta se présente à la vulve, nous avait donné la proportion de 4,87 %. Il y a donc là encore une indication à se servir de la méthode d'expectation.

Enfin, avant de terminer ce chapitre, citons encore une cause fréquente autrefois, rare aujourd'hui, c'est l'administration de seigle ergoté. Ce médicament jadis très en vogue, a certainement causé beaucoup d'accidents, mais depuis qu'en France du moins, on a convenu de le proscrire

de la thérapeutique tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus, on n'a plus à déplorer les malheurs que l'on a eus autrefois.

Dans d'autres cas, enfin, comme l'ont rapporté Saint-Philippe et Budin, ce fut tantôt une membrane supplémentaire allant de la face latérale du placenta au fond de l'utérus, tantôt un utérus bicorne, tantôt la rétraction rapide de l'anneau de Bandl, qui déterminèrent la rétention, mais ce ne sont là que des exceptions dues à des anomalies se produisant soit du côté de l'utérus, soit du côté fœtal.

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC

La rétention des membranes doit être reconnue le plus tôt possible après l'accouchement, afin que l'on puisse prévenir toute complication. Aussitôt après la délivrance, le médecin a entre les mains le meilleur signe qui puisse lui permettre de faire ce diagnostic. Cette preuve de la rétention il la tire de l'examen de l'arrière-faix. D'autres symptômes pourront, en effet, venir plus tard confirmer son diagnostic, mais ce seront des symptômes subjectifs et par suite très variables. Ils ne devront cependant pas être négligés et si l'examen du délivre n'a pas été fait, c'est à eux qu'il aura recours et ils devront le faire penser à la possibilité d'un fragment de membranes retenu dans l'utérus.

Parmi donc les symptômes qui permettent de fonder un diagnostic, le plus sûr et aussi le plus facile à constater sera tiré de l'examen du délivre, aussitôt après son expulsion. Si l'on se trouve en présence d'un placenta découronné, le diagnostic de rétention totale sera aussitôt posé. Si le placenta est sorti avec les membranes, il devra être examiné avec soin. La meilleure façon de procéder à cet examen consistera à faire reposer le placenta sur sa face utérine, puis à relever de chaque côté les membranes, comme si on voulait reconstituer l'œuf, cette disposition permettra également de mesurer les membranes. L'examen de l'amnios, du chorion et de la caduque permettra tout d'abord de voir s'il existe une solution de continuité et quelles sont les membranes intéressées. On se rendra compte en même temps s'il s'agit

d'un grand lambeau membraneux ou simplement d'une faible partie. Cette distinction, qui consiste à savoir quelle est la membrane absente et combien il en manque, n'a évidemment plus la même valeur qu'autrefois où le pronostic variait suivant l'étendue du lambeau et suivant la membrane déchirée. Une fois examinées du côté fœtal, les membranes devront l'être également sur leur face utérine, afin de voir s'il ne manque pas quelques débris de caduque. Les membranes devront également être examinées par transparence afin de s'assurer qu'il n'existe pas de cotylédons accessoires du placenta. L'existence de ces cotylédons se reconnaît à la présence sur les membranes, de vaisseaux, ceux-ci tranchent facilement sur les membranes par leur coloration. Cependant, ce diagnostic d'un cotylédon accessoire n'est pas toujours aussi facile. Budin lui-même déclare s'y être trompé, la trace des vaisseaux sur les membranes n'avait pu être retrouvée, celles-ci s'étant déchirées au bord même du placenta.

Tel est, en somme, le seul signe objectif que l'accoucheur ait à sa disposition pour conclure à la rétention des membranes ; cependant, il arrive parfois que malgré tout le soin apporté à cet examen, on ne peut affirmer la rétention. Cette difficulté de diagnostic tient alors à l'état de délabrement dans lequel se trouvent les membranes. Altérées pour une cause quelconque, intoxication, maladie, lenteur du travail, les membranes sont devenues tellement friables qu'elles se sont divisées en petits morceaux et qu'il est impossible de reconstituer l'œuf.

Les autres symptômes que nous allons maintenant décrire sont très variables, comme l'indiquent les tracés que nous reproduisons avec les observations. D'autre part, ils n'apparaissent, en général, que plusieurs jours après l'accouchement, il ne faut donc pas les attendre pour faire le diagnostic.

Parmi ces signes, nous commencerons par celui qui se présente, en général, avec le plus de constance, à savoir l'accélération du pouls. Cependant, il ne faudrait pas croire

qu'on la rencontre chez tous les malades ; nous citons à la fin de cette étude plusieurs observations, XI, XIII, XIV, XV, XVI, dans lesquelles la température n'a jamais dépassé 37°2 et dans lesquelles, cependant, le pouls est monté aux environs de 100 pulsations.

Toutefois, il ne faut pas oublier en présence d'une accélération du pouls que celle-ci peut se produire dans différentes circonstances. On la rencontre, en effet, chez les femmes qui ont perdu beaucoup de sang pendant l'accouchement et chez celles dont le travail a été long et pénible. Cette accélération chez les femmes dont l'accouchement a été pénible dure à peine quelques heures, après quoi le pouls redevient normal. Donc, lorsque rien ne peut expliquer cette fréquence des pulsations pendant plusieurs jours, il faut penser à une rétention des membranes.

À côté de l'accélération du pouls, nous devons parler de la fièvre. Celle-ci n'existe pas toujours et par les observations XIII, XIV, XVI, on peut voir que malgré une rétention des membranes, la température est restée normale. Cependant, si on se trouve en présence d'une légère élévation de température chez une accouchée, il faut penser à une infection commençante, surtout si on a pu s'assurer par d'autres symptômes qu'il existait une rétention des membranes ; néanmoins, il ne faudrait pas conclure de suite que l'on se trouve en présence d'une complication due à cette rétention, mais il faut examiner la malade afin de pouvoir écarter les autres motifs de fièvre. La première chose à examiner sera de voir si la malade ne présente pas de gerçures du sein, qui seraient susceptibles de donner une lymphangite mammaire et d'expliquer, par suite, l'élévation de température. Il faudra également examiner la malade, voir s'il ne s'agit pas d'une complication survenant à la suite de l'accouchement, d'une phlébite, par exemple, qui s'accompagnerait alors d'engourdissement dans le membre inférieur.

Une eschare vaginale, produite pendant un accouchement, pourra donner à la fois une élévation de température assez forte accompagnée d'une notable accélération du pouls.

En un mot, en face de cette élévation de température, il faudra examiner soigneusement tous les appareils de l'accouchée, et c'est lorsqu'on aura conclu qu'il n'existe rien du côté des poumons, du cœur, de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire, que l'on procédera à l'examen des voies génitales. S'il n'existe pas d'accident de ce côté, il faudra alors penser à un début d'infection lié à la rétention des membranes. Cette élévation de température peut être parfois très rapide. Ainsi, dans la thèse de Bruyant, nous trouvons deux observations : dans l'une, la température fut le troisième jour de 39°5 ; dans l'autre, le thermomètre monta brusquement le septième jour à 38°8. Après quelques injections dans lesquelles les membranes furent expulsées, la température redevint normale. La fièvre est donc également un signe variable dans le cas de rétention, et c'est pour montrer les différents cas en présence desquels on peut se trouver que nous publions divers tracés au chapitre des observations.

Un autre symptôme susceptible d'aider au diagnostic nous est donné par les douleurs que peut ressentir la nouvelle accouchée. Ces douleurs sont plus ou moins vives, de durée variable, analogues aux tranchées, elles sont dues à des contractions utérines, la matrice cherchant à expulser le corps étranger contenu dans sa cavité. Il faut cependant noter que ces coliques peuvent manquer chez des femmes ayant une rétention totale des membranes, alors qu'elles apparaissent chez d'autres où seul un lambeau membraneux est retenu. Quelquefois elles se présentent avec une certaine régularité, revenant toutes les dix minutes, toutes les heures ; chez certaines, enfin, elles durent tant que les membranes ne sont pas expulsées.

La fétilité des lochies, considérée par certains auteurs comme un symptôme constant de la rétention, a été rangée par d'autres parmi les complications peu graves auxquelles cette rétention peu donner naissance. Parmi toutes les observations recueillies à la clinique d'accouchement, nous n'avons trouvé cet accident relaté que peu de fois, 18 fois sur 84 cas.

PRONOSTIC

Que se passe-t-il chez une femme dont la délivrance a été incomplète et chez laquelle il y a rétention des membranes ? Rien n'est plus variable et c'est précisément la variété des incidents observés qui rend si difficile la conduite à tenir. C'est également cette grande variété d'accidents et de complications qui a poussé certains auteurs à considérer la rétention des membranes comme un accident grave, d'autres au contraire la regardent comme absolument négligeable.

Parmi ces auteurs trop optimistes, nous citerons tout d'abord Credé dont l'opinion est rapportée par Reihlen dans la *Revue de Gynécologie* de Berlin : « Les restes de membranes, dit Credé, qui continuent à séjourner dans l'utérus ne peuvent être d'aucun danger pour les accouchées. Pour parler ainsi, il s'appuie sur ce fait que sur un ensemble de 2.000 naissances, il n'a observé que 91 cas de rétention des membranes. Sur les 91 femmes chez lesquelles il nota cet accident, 54 eurent, il est vrai, de la fièvre pendant leurs suites de couches, mais aucune ne tomba malade sérieusement. »

Olhausen s'exprime dans le même sens : « La rétention du » chorion, dit-il, est un événement absolument sans danger » et elle ne doit jamais donner lieu à une intervention. S'il » résulte, conclut Reihlen, de l'expérience de Credé et » d'Olhausen que la rétention des membranes, même de tout » le chorion puisse être un événement sans danger et qu'elle » l'est en effet la plupart du temps, il n'en est pas moins vrai

» que l'on a cité des cas absolument nets et auxquels on doit
» ajouter foi où des endométrites septiques, allant parfois
» jusqu'à entraîner la mort, sont survenues à la suite de la
» rétention de ces lambeaux membraneux. »

Voici donc deux accoucheurs dont la façon de penser est très nette. Pour eux, la rétention des membranes n'est qu'un incident sans gravité et incapable d'amener des complications. A côté d'eux, on pourrait citer des auteurs anciens qui, tels que Puzos, Capuron, Deleurye, n'attachent également aucune importance à cet accident. Puzos va même jusqu'à dire qu'il n'a jamais vu de complications graves suivre la rétention même lorsqu'il y avait putréfaction des membranes. Celles-ci d'après lui disparaissent toujours avec les lochies et les caillots.

En effet, chez une femme qui a de la rétention des membranes les suites de couches sont le plus souvent physiologiques, sans élévation de température, sans accélération du pouls, sans même de lochies fétides. Quelques jours après l'accouchement, les lambeaux membraneux sont expulsés après quelques contractions utérines plus ou moins douloureuses. Parfois cependant, les lochies deviennent fétides, les symptômes s'aggravent et on se trouve en présence de tous les signes d'une infection déjà établie.

Cette dernière évolution de la rétention des membranes nous explique comment à côté des auteurs tels que Credé, qui négligent cet accident, il s'en trouve d'autres à la suite de Levret, de Lusk et de Kock qui admettent comme probables des accidents très graves, portent par suite un pronostic défavorable et réclament l'intervention d'urgence.

Il est certain que des cas de mort ont été cités comme dus à la rétention des membranes. C'est ainsi que Maygrier a présenté au Congrès de Médecine de 1900, deux observations dans lesquelles le dénouement a été fatal et où l'infection s'est établie à la suite d'une délivrance incomplète.

Il n'est pas en effet toujours facile de dire lorsqu'on se trouve en présence d'un état infectieux qui fait suite à une

réten tion des membranes si cette maladie n'est pas due à une infection venue de l'extérieur; cependant, comme c'est le cas pour les observations de Maygrier, lorsque l'infection se produit après des opérations bien menées et faites avec tous les soins d'antisepsie nécessaires, on est forcé d'admettre que cet état est la conséquence de la résorption des produits de putréfaction des membranes retenues dans l'utérus. Le sang qui reste attaché à ces membranes est également un milieu de culture excellent pour le développement des microorganismes. La preuve que cette infection est due à des débris de membranes putréfiées, c'est que souvent la fièvre cesse lorsque ce qui était contenu dans l'utérus est expulsé sous l'influence d'injections fréquentes. Ainsi parle Semmelweis : « Il est certain, dit-il, que les fièvres puerpérales » établies à la suite de rétention des membranes arrivent » souvent à la guérison, mais seulement lorsque les débris » restés dans l'utérus sont expulsés et que la cavité utérine » est elle-même nettoyée à l'aide de liquides désinfectants. »

Avec un traitement approprié, le pronostic de la rétention des membranes sera donc plutôt favorable; en France, il a été considéré comme tel par Tarnier, Pinard, Ribemont, Budin.

Ce pronostic favorable est-il lié à l'étendue des membranes retenues? Non, car une femme chez laquelle il y a rétention totale peut avoir des suites de couches sans fièvre, alors que chez une autre où il n'y aura eu qu'un léger lambeau resté adhérent, des accidents très graves pourront se produire.

La rétention de l'amnios est considérée par Lazarewitch comme plus rare que celle de la caduque et du chorion, mais aussi d'un pronostic plus grave. L'amnios, dit-il, étant plus résistant se fronce facilement et offre un milieu favorable au développement des microorganismes, tandis que la caduque et le chorion tombent plus vite en deliquium et sont plus facilement entraînés avec les lochies. Cette rétention serait favorisée, d'après lui, par la rupture prématurée des membranes. L'intervention doit se borner, dans ce cas comme dans les autres, aux précautions antiseptiques.

On a voulu également voir dans la rétention de la caduque un accident plus grave que dans la rétention du chorion, c'est là encore, nous le croyons, une distinction sans importance et dans tous les cas de rétention, le pronostic doit être considéré comme favorable.

Nous montrerons par les observations publiées à la fin de cette étude que, sur tous les cas relevés à la clinique d'accouchements de Bordeaux, pendant les quatre dernières années, pas une seule fois on n'a eu à déplorer d'accidents. Dans un hôpital ou une maternité, il est vrai qu'il est plus facile d'appliquer une antisepsie sévère, mais cependant, avec les précautions que nous indiquerons plus loin, on peut considérer la rétention des membranes comme un accident bénin, mais qu'il serait toutefois dangereux de négliger.

COMPLICATIONS

Évolution ordinaire de la rétention

Les complications dues à la rétention des membranes peuvent survenir, les unes dans les premiers jours qui suivent la délivrance, les autres à une date plus ou moins éloignée. Les premières de ces complications sont en général soit des hémorragies, soit des accidents infectieux, les autres, tardives, aboutissent, en général, à la métrite chronique.

Il existe des hémorragies précoces qui s'établissent à peine la délivrance finie, c'est que souvent alors cette délivrance a été incomplète. Ces hémorragies brusques survenant peu de temps après l'accouchement ne doivent pas être attribuées à l'inertie utérine. D'ailleurs, la palpation de l'utérus permet alors de s'assurer que celui-ci a subi sa rétraction habituelle. Ces hémorragies sont dues la plupart du temps à la rétention de lambeaux membraneux. Schröder raconte qu'il se trouva une fois en présence d'une femme qui, le lendemain de son accouchement, fut prise d'une violente hémorragie. En pratiquant l'examen, il trouva par le toucher sur l'orifice interne du col un morceau de caduque de plusieurs centimètres de large et long d'une dizaine. Il parvint à le détacher et aussitôt après son extraction, l'hémorragie s'arrêta. Cazeaux rapporte également le cas d'une hémorragie survenant une demi-heure après l'accouchement; une grande partie des membranes était resté dans l'utérus et l'hémorragie ne cessa que lorsqu'elles furent détachées. Depaul cite également le fait d'une femme qui eut une hémorragie due à la rétention d'un

grand lambeau de caduque. De même dans l'observation suivante relevée à la clinique d'accouchements, une hémorragie s'établit à la suite d'une rétention de membranes et ne cessa qu'avec leur extraction.

« Femme de vingt-un ans, primipare, ayant eu ses dernières règles du 23 au 26 février. Elle commence à souffrir dans la nuit du 7 au 8 décembre. La nuit suivante, elle perd les eaux. Pendant deux jours les contractions sont faibles, elles deviennent plus fortes dans la nuit du 10 au 11, nuit qui précède l'entrée de la malade dans le service. A son entrée à la salle de travail, elle ne semble pas présenter de signes d'infection. A l'examen de la malade, on constate une taille courte, le front est bombé; elle paraît présenter quelques symptômes de rachitisme, elle n'a marché qu'à dix-huit mois. Ventre de volume moyen, tête amorcée en O. I. G. T. Bruits du cœur bons. Au toucher, on trouve le col à peu près effacé, l'orifice externe est dilaté comme 2 francs. Bassin aplati canaliculé, paraissant cependant assez large pour permettre l'accouchement. Température 37°4, pouls rapide. On opère péniblement la dilatation manuelle, l'orifice et tout le canal cervical résistent, le col se laisse ouvrir mais non effacer, on arrive à produire ainsi une dilatation palmaire, mais il est impossible d'aller plus loin. On fait une application de forceps en O. I. G. T. Tractions très lentes pendant près d'une demi-heure pour achever la dilatation. Extraction d'un enfant de 3,200 gr. en état de mort apparente, difficilement ranimé. En examinant le col, on trouve à gauche une brèche allant jusqu'à l'insertion vaginale. Aussitôt après l'accouchement, on pratique la délivrance artificielle, il y a rétention d'une partie du chorion. On fait alors une injection intra-utérine à l'eau iodée et on place un tampon vagino-utérin. Deux heures après, une nouvelle hémorragie se produit, l'utérus n'est pas complètement rétracté. On enlève alors le tampon et on extrait les lambeaux des membranes qui restent dans la cavité utérine. On fait ensuite une injec-

tion chaude et l'hémorragie s'arrête. Dix-sept jours après l'accouchement, la mère et l'enfant quittent la clinique, tous deux en bonne santé. »

Voici donc une hémorragie liée à la rétention de lambeaux membraneux. Comment se produisent ces pertes sanguines? D'un côté les débris de membranes, agissant comme un corps étranger serré dans l'utérus, déterminent une congestion de l'organe par suite de l'irritation produite sur la muqueuse, d'autre part ils empêchent l'utérus de se rétracter, d'où un certain nombre de vaisseaux restent béants. Tels sont les différents modes de production des hémorragies précoces.

Au moment où les membranes se décollent, on peut également constater une légère hémorragie ou plutôt un suintement sanguin, qui cesse une fois les membranes expulsées, l'utérus pouvant alors se rétracter complètement.

La fétilité des lochies que certains auteurs ont voulu considérer comme une complication légère doit être plutôt considérée comme un symptôme de la rétention, nous n'en parlerons donc pas ici, nous réservant de dire plus loin ce qu'il convient de penser de cet accident.

Nous en arrivons maintenant aux accidents précoces qui sont le plus souvent des accidents infectieux. Pour se produire, il faut deux conditions susceptibles de favoriser cette infection; il faut tout d'abord un terrain favorable, tel que matières organiques mortes, membranes ou caillots. Il faut, de plus, qu'il y ait pénétration des microorganismes jusqu'à ce terrain de culture. Cette infection, lorsqu'elle se produit, se traduit toujours par un état fébrile plus ou moins accentué; elle est due le plus souvent soit au streptocoque, soit au staphylocoque ou au coli-bacille, et la fièvre qui l'accompagne est due à la résorption des substances toxiques. La fièvre sera le meilleur moyen de savoir exactement quel est le degré d'infection. C'est elle qui indiquera s'il faut intervenir.

Il faut toutefois penser que lorsque l'infection se manifeste

par une fièvre élevée, c'est que le plus souvent elle a déjà envahi tout l'organisme ou tout au moins dépassé les limites de l'appareil génital, et il devient très difficile de la maîtriser.

Nous reproduisons ici les deux observations présentées par M. Maygrier, au Congrès de médecine de Paris.

I. — La nommée S..., dix-huit ans, entre à la Maternité de la Charité le 9 juin 1900. C'est une primipare bien constituée et de bonne santé antérieure. La grossesse normale est actuellement à terme. Les premières douleurs sont apparues le 3 juin, à quatre heures du soir; le lendemain, à onze heures, la dilatation étant complète, on rompt les membranes et le liquide amniotique s'écoule légèrement, teinté de méconium. L'enfant se présente en O. I. D. P. Les contractions puissantes et répétées amènent l'expulsion en vingt-cinq minutes; l'accouchement est terminé à midi; l'enfant, bien constitué (3 kil. 260), est expulsé après dix heures de travail.

Vingt minutes après l'accouchement, la délivrance s'opère naturellement accompagnée d'une légère hémorragie. Mais le placenta ayant été expulsé très rapidement, l'élève de garde qui assiste la femme ne peut le retenir assez tôt et une partie des membranes reste dans l'utérus. On place alors un fil et on fait une injection vaginale. Le soir de l'accouchement, 37°. Le premier et le deuxième jour se passent sans fièvre; le troisième jour, le fil tombe sans amener l'expulsion des membranes; dans la même journée, la malade expulse pendant une injection vaginale un grand lambeau membraneux. Les lochies sont légèrement fétides. Température, 38° 2. La malade est isolée, on pratique le curage digital et l'écouvillonnage à la glycérine créosotée, puis une injection au permanganate à 2 p. 1000. Le troisième jour, matin et soir, 37° 6, on donne deux injections intra-utérines. Le cinquième jour au matin, 40° 6. Les lochies ne sont plus fétides; l'état général est modifié. On fait alors le curettage soigneux de la cavité utérine, qui ramène quelques débris de membranes (streptocoques très abondants et d'une grande vitalité). On fait ensuite un écouvillonnage à la glycérine créosotée à 1/5 et une injection intra-utérine. On met dans l'utérus une mèche de glycérine créosotée. Sérum artificiel à la femme; le soir, 40°; pouls

fréquent; le lendemain, 40° 2. Délire. On donne alors des bains froids à la malade, lait glacé, champagne. Le huitième jour, 41° 6; la malade succombe quelques heures après. L'autopsie a permis de conclure à une infection généralisée.

II. — La nommée G..., vingt-sept ans, entre à la Maternité étant déjà en travail. Une première grossesse à vingt-cinq ans, à terme, enfant bien portant. Depuis onze jours, elle ne sent plus remuer son enfant. Au toucher, on peut se convaincre par la crépitation spéciale semblable à celle donnée par un sac de noix que le fœtus est macéré. Auscultation nulle. Rupture spontanée de la poche des eaux; la femme expulse ensuite un fœtus semblant macérer depuis dix jours environ. Délivrance spontanée. Chorion et amnios intacts. Rétention totale de la caduque. Injection intra-utérine. La température monte chaque jour à 38°; on fait le troisième jour un curage digital suivi d'un écouvillonnage. Le septième jour, lochies fétides; le huitième, température, 40° 8. Curettage instrumental soigneux. Après des alternatives de mieux et de fièvre élevée le dixième jour, la fièvre atteint 40° et même 41°, on pratique alors une hystérectomie abdominale totale. Cette malade traîne ensuite avec une température élevée jusqu'au quarantième jour. Dans l'intervalle, une phlegmatia s'est déclarée; elle succombe enfin le quarante-troisième jour, la température était de 40° 8. L'autopsie, comme celle de la malade précédente, permet de conclure à une infection généralisée due à des streptocoques extrêmement virulents.

Siredey rapporte également le cas d'une femme qui mourut le troisième jour qui suivit l'accouchement, la délivrance avait été incomplète; dès les premiers jours, les lochies furent fétides, des injections antiseptiques ne purent empêcher l'infection et le troisième jour la malade mourait; elle présentait alors un écoulement purulent et fétide.

A l'autopsie, il ne trouva pas de débris placentaires, la surface de la muqueuse située à côté de l'insertion du placenta était bourgeonnante et baignée de pus.

Dans ces trois cas, qui se sont terminés par la mort, l'infection fut bien due à la rétention de lambeaux membraneux.

Cependant, la rétention des membranes est loin d'amener toujours une infection généralisée, elle peut déterminer un certain nombre d'accidents qui, sans avoir un résultat fatal, n'en compromettent pas moins gravement la santé de la malade. Siredey, dans son « Traité des maladies puerpérales », signale chez les accouchées qui présentent de la rétention, la possibilité d'une phlébite infectieuse. Elle serait due, d'après Schröder, à l'introduction dans les sinus utérins, puis dans les veines hypogastrique et iliaque des microorganismes de l'infection. C'est là une complication très dangereuse de la rétention des membranes, rare il est vrai, mais dont il faudra conjurer les effets en immobilisant la malade à la moindre douleur ou au moindre engourdissement qu'elle ressentira du côté des jambes; on évitera ainsi les accidents d'embolie qui pourraient se produire. Doléris rapporte aussi qu'il put constater un cas de thrombose chez une femme qui présentait de la rétention des membranes.

Ce sont là des complications en quelque sorte précoces, mais il en est d'autres non moins graves qui surviennent à une date éloignée de l'accouchement. Ces complications ont été bien étudiées par Schwab et Jœgle. Les débris de placenta ou de membranes qui restent ainsi dans l'utérus, peuvent ou s'exfolier et s'éliminer spontanément, c'est le cas le plus habituel, ou bien la muqueuse utérine voisine prolifère et s'enflamme; elle donne alors une endométrite déciduale. Ces débris peuvent également donner lieu à la formation de tumeurs, les unes bénignes, d'autres malignes. Les premières sont constituées par le déciduome bénin, les autres par le sarcome chorio-cellulaire. Cette dernière complication a une terminaison fatale dans un délai assez court; lorsqu'elle s'établit, elle se manifeste par des hémorragies plus ou moins abondantes. Elles sont produites par l'ulcération des vaisseaux du corps de l'utérus; elles amènent rapidement une cachexie profonde. « L'utérus reste alors volumineux, le col est plus ou moins ouvert, le toucher intra- » utérin montre des masses bourgeonnantes, plus résistantes

» que des caillots, adhérents solidement à l'utérus, c'est la
» surface du néoplasme. A un certain endroit, il y a un
» ramollissement, le doigt s'y enfonce; il est limité par des
» bords nets de consistance normale. C'est là le déciduome
» malin, complication grave, car il amène une mort rapide ».

Nous venons de montrer quelles peuvent être les conséquences fâcheuses auxquelles expose la rétention des membranes, nous allons dire maintenant comment cet accident se termine le plus souvent d'une façon bénigne.

L'expulsion des lambeaux membraneux restés dans l'utérus se fait en général dans les jours qui suivent l'accouchement. Lorsque les membranes ont été retenues en grande partie ou en totalité, il n'est pas rare que la masse soit expulsée spontanément. Si l'on a placé une ligature sur les membranes, quelques légères tractions faites lorsqu'on donne des injections à la nouvelle accouchée, auront le plus souvent raison des dernières adhérences des membranes, celles-ci se décolleront alors avec facilité.

Si elle ne se fait pas en masse, l'expulsion peut se faire avec des caillots. Cette solution se présente lorsque les membranes ont séjourné dans l'utérus un certain temps, elles sont plus dégénérées, rompues en nombreuses parties, et l'expulsion de ce mélange de membranes et de caillots s'accompagne de contractions plus ou moins douloureuses.

Enfin, cette élimination peut se faire dans les lochies, celles-ci sont alors très épaisses, elles contiennent des débris plus ou moins déchirés, tantôt au contraire, les membranes sont reconnaissables dans les petits fragments qui sont expulsés avec les liquides d'injection.

Lorsqu'on le peut, le procédé qui permet le mieux l'expulsion totale est celui de Tarnier qui, par une ligature, permet d'avoir toujours une prise sur les membranes sans avoir à intervenir dans l'utérus.

Il ne faut cependant pas s'inquiéter lorsque les membranes ne sont pas éliminées dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. M. le professeur Lefour rapportait, en 1896, le cas suivant :

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, primipare, accouchée très rapidement, la délivrance fut presque immédiate. A l'examen du délivre, on constate que les membranes sont incomplètes et qu'il manque une partie de l'amnios et du chorion. Je ne me préoccupe pas de cet incident, persuadé que ce fragment sera rapidement expulsé et que les lavages antiseptiques préviendront toute altération infectieuse des éléments retenus. Je fis d'ailleurs immédiatement un lavage utérin. Dans les jours qui suivirent, l'écoulement lochial et sanguin fut très abondant, aucune mauvaise odeur, pas d'élévation de température. Quinze jours après, la malade éprouva de violentes coliques et expulsa un morceau de membranes mesurant près de 17 centimètres de longueur sur 8 de large. Ce fragment n'était nullement altéré.

A peine ce lambeau eut-il été rendu que la malade expulsa une certaine quantité de sang noir, à l'écoulement duquel le fragment en question devait faire obstacle.

Nous citerons également l'observation personnelle suivante que nous avons relevée à la clinique de Pellegrin :

Il s'agit d'une femme de dix-neuf ans, secondipare. Elle eut déjà un avortement à cinq mois, il y a trois ans, ayant nécessité un curetage. La grossesse actuelle a été normale, le fœtus se présente en O. I. G. A. A partir de la dilatation de deux francs, les contractions se succèdent avec rapidité, elles sont subintrantes. On administre du chloroforme afin de régulariser les contractions. La tête ne se dégageant pas nécessite une application de forceps. Enfant 3 k. 500. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Délivrance naturelle. Placenta se présente par sa face utérine, on note la rétention d'une faible partie de chorion. On fit des injections comme à l'ordinaire, et le huitième et le neuvième jours, sans que l'on ait eu de lochies fétides, la malade expulsa avec le liquide de l'injection deux lambeaux membraneux sans aucune putréfaction, que nous avons pu recueillir.

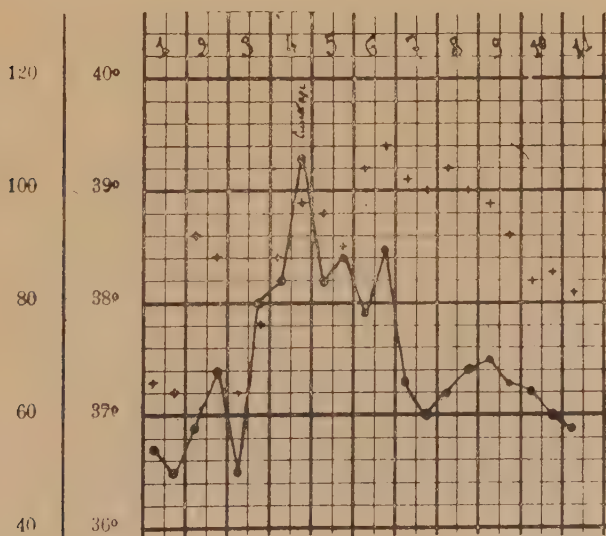
La femme présentait une élévation de température en même temps qu'une assez forte amélioration du poulx, mais ces symptômes doivent être attribués à d'autres accidents. La malade présentait, en effet, une rupture spontanée de la symphyse jointe à une incontinence d'urine.

Ces deux cas nous prouvent que la rétention des membranes peut durer un certain temps sans déterminer aucun accident notable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Femme de vingt-cinq ans, primipare, sans antécédents pathologiques. Grossesse normale, à part un écoulement sanguin ayant duré trois jours, au troisième mois de la grossesse. Actuellement à terme, le fœtus se



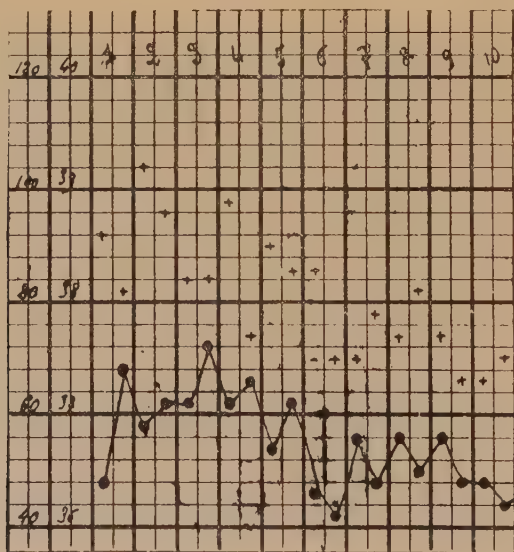
présente en O.I.G.A. La rupture des membranes est faite artificiellement à la dilatation complète. On n'a pas de données exactes sur le début du travail. Le fœtus expulsé bien portant pèse 3.240 grammes.

Cinquante minutes après l'expulsion du fœtus une hémorragie s'étant déclarée, on pratique la délivrance artificielle qui est rendue très difficile par la présence d'adhérences du placenta. Celui-ci est retiré déchiré. Les membranes restent dans la cavité utérine. On fait ensuite une injection intra-utérine à l'eau iodée.

Le quatrième jour, la température s'élevant, on pratique un curettage puis un écouvillonnage. La malade a alors une hémorragie abondante, on fait un tamponnement. Syncope. Injection de caféine et d'éther. La malade, très anémiée, quitte l'hôpital le vingt et unième jour, des circonstances supérieures la forçant de rentrer chez elle.

OBSERVATION II

Vingt-sept ans. Chlorotique, mariée à dix-sept ans. Arthrite à vingt-quatre.



Fausse couche de trois mois à dix-sept ans et demi. Enfant bien portant à dix-huit ans et demi. Fausse couche de deux mois à dix-neuf ans. Enfant bien portant à vingt et un ans. Fausse couche d'un mois. A

vingt-quatre ans, un enfant bien portant. Grossesse suivie de phlébite, rhumatisme, arthrite ankylosante du pied gauche.

Actuellement grossesse normale à terme, sans complications, fœtus en O.I.G.A. Rupture prématurée des membranes. Après un travail d'une heure un quart expulse un fœtus de 3.110, bien portant. Hémorragie suit l'accouchement. Délivrance artificielle, les membranes adhérentes restent dans l'utérus. Les membranes sont expulsées le sixième jour sans complications.

OBSERVATION III

Vingt-et-un ans ; enceinte pour la troisième fois. Grossesse normale, pas d'antécédents pathologiques, fœtus se présente en O.I.D.P., expulsé après un travail de quatre heures et demie, poids 3.000 grammes. Pertes de sang et de caillots avant la délivrance, celle-ci se fait naturellement, quinze minutes après l'expulsion. Le placenta est dans le vagin, mais les membranes sont complètement retenues dans l'utérus. Hémorragie après la délivrance, l'utérus est vide des caillots qu'il contenait, les membranes sont adhérentes. Injection d'ergotine et tamponnement du segment inférieur et de la cavité vaginale. L'utérus se rétracte immédiatement après l'injection d'ergotine. La malade est très pâle, le pouls assez rapide. Injection de 500 grammes de sérum artificiel.

Le 16 avril, deux jours après l'accouchement, pendant l'injection vaginale de l'après-midi une partie des membranes peut être extraite, mais le reste est encore adhérent, on fait une nouvelle ligature sur les membranes coupées au ras de la vulve. La portion retenue est laissée dans la cavité vaginale.

OBSERVATION IV

Femme vingt-deux ans, domestique, primipare, arrive à terme. Fœtus se présente en O.I.G.A. Grossesse sans aucun accident. La rupture de la poche des eaux a été faite artificiellement à la dilatation complète. Après un travail de trente-quatre heures, elle expulse un

fœtus de 3.675 grammes, bien portant. Un commencement de déchirure au périnée, pas d'albumine. Délivrance naturelle, une demi-heure après, le placenta se présente par sa face fœtale. L'amnios est complet, mais il manque la plus grande partie du chorion.

Cette femme qui présentait une température élevée, faisait probablement de l'infection, elle fut traitée par les injections fréquentes et sortit guérie quinze jours après son accouchement.

OBSERVATION V

Vingt-deux ans, primipare. Grossesse normale. Grande quantité d'albumine dans les urines, œdèmes des membres inférieurs, fœtus se présentant O.I.D.P. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Inertie utérine. Application des forceps au détroit supérieur. Dégagement en occipito-sacrée. Déchirure partielle du périnée, enfant 2.720 grammes. Délivrance artificielle, placenta vient seul, les membranes adhérentes restent dans l'utérus.

Placenta sans noyaux hémorragiques récents ou anciens. Guérison.

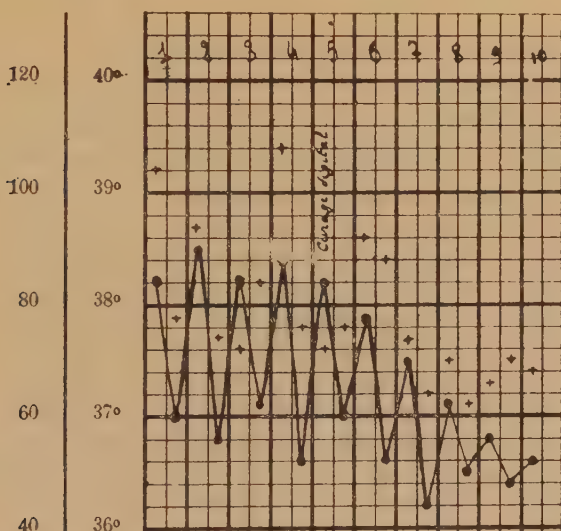
OBSERVATION VI

Trente-quatre ans, ménagère, enceinte pour la quatrième fois, à terme ; trois premières grossesses normales, celle-ci sans aucun antécédent. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, fœtus se présente en O.I.G.A. Après un travail de quatre heures, il est expulsé, il pèse 3.150. La délivrance se fait naturellement un quart d'heure après l'expulsion. Les membranes sont déchiquetées, le placenta se présente par sa face fœtale. Il y a rétention d'une partie du chorion. Sort guérie le treizième jour.

OBSERVATION VII

Secondipare, vingt-sept ans. Grossesse à peu près normale, léger écoulement sanguin au quatrième mois, fœtus se présente O.I.G.A., expulsion demanda deux heures et demie. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Délivrance naturelle demi-heure après

l'accouchement, présentation du placenta par sa face utérine. En présence de l'élévation de température et des accidents de pyélo-néphrite déjà présentés pendant la grossesse, M. Fieux, après examen de la malade dont les régions rénales sont indolores, trouve l'utérus remon-



tant jusqu'à l'ombilic, la corne utérine gauche est très sensible. La malade est examinée à nouveau sous le chloroforme et par le curage digital, M. le Professeur agrégé Fieux ramène de [petits débris paraissant appartenir au placenta et la presque totalité des membranes. On fit ensuite une injection intra-utérine, un tamponnement à la glycérine créosotée et on laissa dans l'utérus une mèche de gaz stérilisée. Guérison.

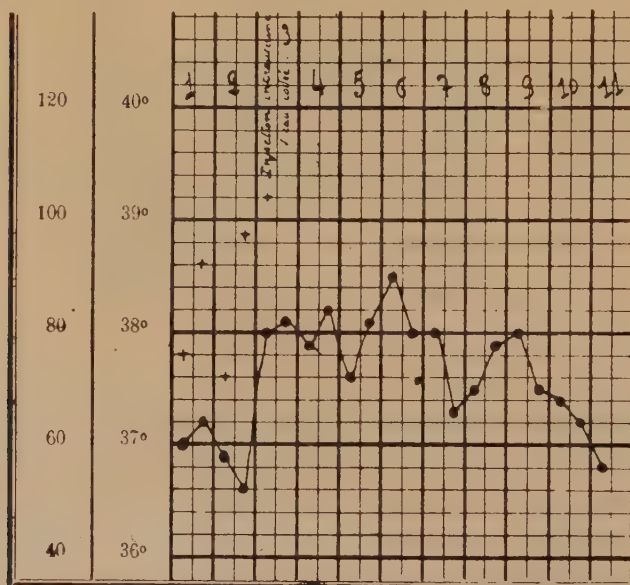
OBSERVATION VIII

Vingt-deux ans, primipare. Bassin normal, grossesse normale, fœtus en O.I.D.P. Accouchement facile, rupture spontanée précoce des membranes. Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'accouchement. Le placenta est dans le vagin, on exerce alors quelques légères tractions, mais on sent une rupture et le placenta est attiré découvert.

Une ligature est alors posée sur les membranes, on fait une injection et on rentre tout dans le vagin. Les membranes sont éliminées en grande partie dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Guérison.

OBSERVATION IX

Jeune femme, vingt-deux ans, primipare, entre dans le service à terme. Dans ses antécédents rien d'anormal. Avec l'apparition de ses règles la malade eut une affection des yeux et elle est actuellement complètement aveugle. Réglée pour la première fois à douze ans, ses



règles ont toujours été depuis abondantes et douloureuses, durant de trois à quatre jours. La grossesse actuelle s'est passée sans accidents.

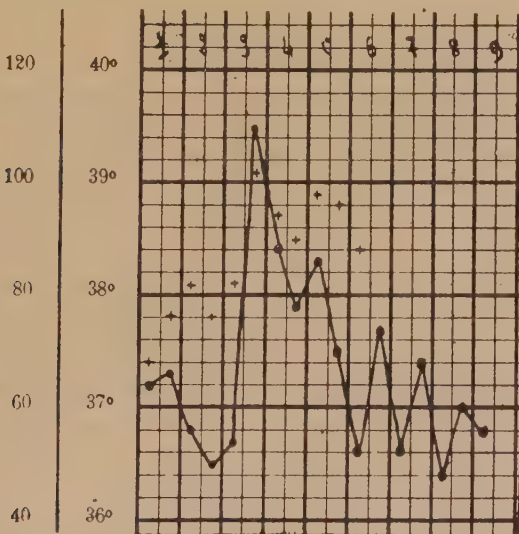
Accouchement facile et rapide. Quelques minutes après l'expulsion du fœtus, la malade commence à perdre un peu de sang. On masse le fond de l'utérus et quelques caillots sont expulsés. Mais l'hémorragie continue, peu abondante d'abord. Le toucher pratiqué quinze minutes après l'expulsion permet de constater que le délivre est encore tout entier dans la cavité utérine. L'hémorragie s'accroît et devient assez abondante pour qu'il soit nécessaire de faire la délivrance artificielle. Le placenta

est inséré sur la paroi antérieure de l'utérus et décollé seulement par un de ses bords. Il paraît très gros et les cotylédons sont extrêmement adhérents. Le décollement est difficile, L'hémorragie augmente. Le placenta est enfin extrait, mais découronné. Une nouvelle exploration de la cavité utérine permet de ramener un cotylédon détaché de la masse placentaire et une petite partie des membranes. Injection intra-utérine. La malade très déprimée : pâleur de la face, petitesse et rapidité du pouls, tendance à la syncope, mais l'écoulement sanguin est arrêté. Injection sous-cutanée de caféïne et d'éther. Injection de 1.500 grammes de sérum artificiel. L'utérus s'est rétracté après la délivrance, il se ramollit de temps en temps, mais le suintement sanguin est normal.

Les membranes sont expulsées le quatrième jour, depuis le troisième on fit des injections intra-utérines, la malade sort le dix-huitième jour en bon état.

OBSERVATION X

Femme, vingt ans, primipare. Grossesse normale. Présentation en O. I. G. A. Après un travail de treize heures, expulse un fœtus de 2,250



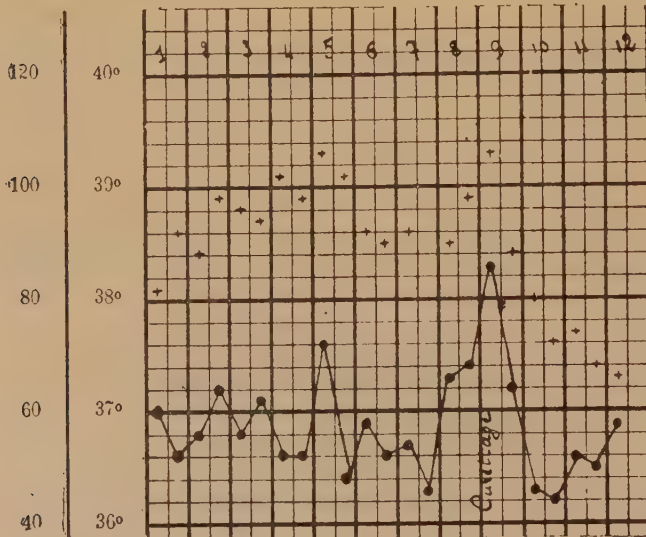
grammes qui meurt le second jour. Délivrance naturelle quarante-cinq minutes après l'accouchement. Le placenta en partie dégénéré se pré-

sente sans les membranes. Injection légère traitée par les injections antiseptiques.

Guérison. Sort bien portante le dix-huitième jour.

OBSERVATION XI

Primipare, 23 ans, domestique, à terme. Grossesse normale, présentation du fœtus en O. I. G. A. Rupture des membranes spontanée, précoce. Trois heures après la dilatation complète, la rotation de la tête ne s'effectuant pas, on fait une application de forceps. On amène un



fœtus de 3.330 grammes en bon état. La délivrance a été faite artificiellement, les membranes ne peuvent être détachées. La température continuant à monter, on fait, le neuvième jour, un curetage suivi d'un écouvillonnage. Après cette intervention, la malade guérit rapidement.

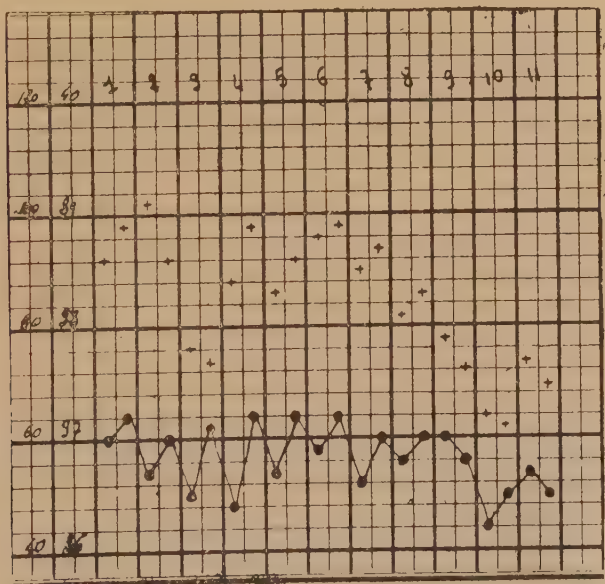
OBSERVATION XII

Vingt-neuf ans, actuellement quatrième grossesse. Accouchée normalement de trois enfants en bonne santé. Grossesse actuelle sans accidents,

fœtus en O. I. D. P. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète. Après travail de onze heures, expulse un fœtus de 3.200 grammes, bien portant. Délivrance naturelle. Placenta se présente par sa face fœtale, vingt minutes après l'expulsion du fœtus. Les membranes sont rendues le troisième jour au cours d'une injection.

OBSERVATION XIII

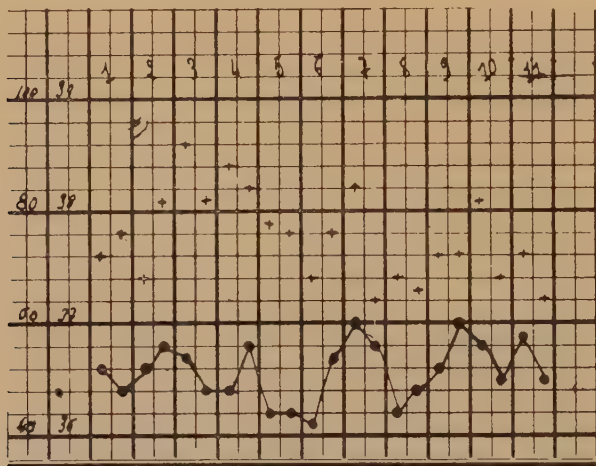
Dix-sept ans, primipare à terme. Grossesse normale, sans accident; expulse après dix-neuf heures de travail un fœtus bien constitué de 3.480 grammes.



Il se présentait en O.I.G.A. La rupture des membranes avait été faite artificiellement à la dilatation complète. Délivrance naturelle un quart d'heure après l'expulsion. Présentation du placenta par sa face fœtale. Les membranes incomplètes ont été rendues le sixième jour au cours d'une injection.

OBSERVATION XIV

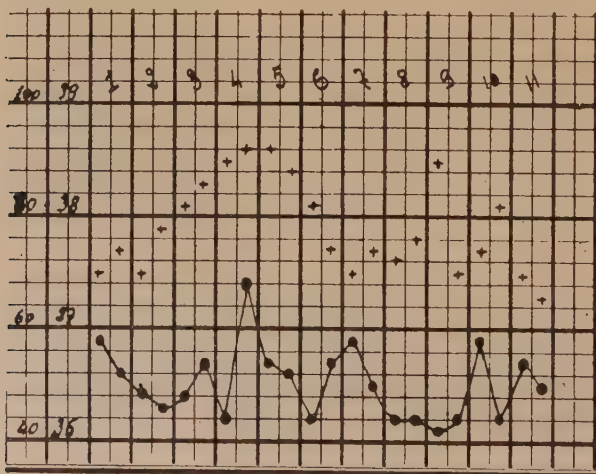
Vingt-cinq ans, secondipare. Première grossesse normale, enfant bien portant. L'année dernière, avortement de deux mois et demi sans cause connue. Grossesse actuelle sans accidents. O.I.D.P. Rupture artificielle



à la dilatation complète. Délivrance naturelle un quart d'heure après l'expulsion du fœtus. Rétention partielle du chorion.

Les membranes restantes sont expulsées six jours après au cours d'une injection.

OBSERVATION XV



- Femme à terme, primipare, dix-huit ans. Grossesse normale, sauf quelques vomissements au début de la grossesse. Ventre normalement développé, hauteur de l'utérus, 33 ; fœtus en O.I.G.A. Après un travail de quatre heures et demie, expulse un fœtus bien portant de 3.130 gr. ; pas de lésions du périnée.

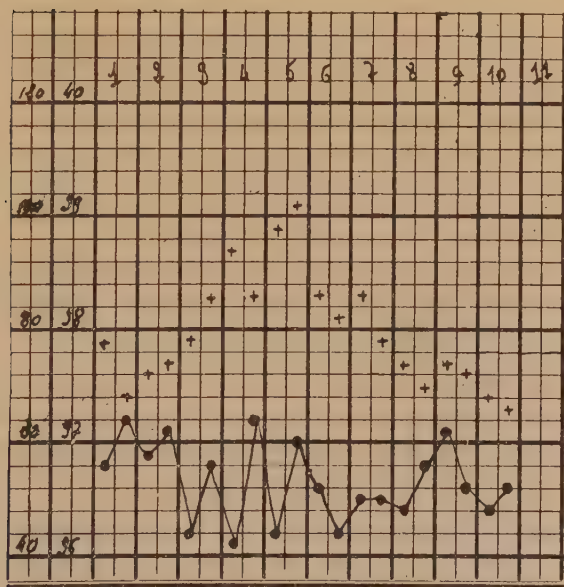
Délivrance naturelle quinze minutes après l'accouchement ; placenta s'est présenté par sa face foetale.

Les membranes sont incomplètes : chorion et amnios.

La femme sort le quinzième jour. Température et pouls normaux.

Etat général très bon à sa sortie.

OBSERVATION XVI



Femme à terme, primipare, vingt ans. Vomissements durant les trois premiers mois ; à part cela, grossesse normale ; fœtus se présente en O.I.D.P.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Après un travail de cinq heures elle expulse un fœtus de 2.100 grammes, bien constitué.

La délivrance se fait naturellement, dix minutes après l'accouchement, le placenta s'est présenté par sa face fœtale; les membranes sont incomplètes; expulsion des membranes le sixième jour. Sort bien portante.

OBSERVATION XVII

Trente-un ans, journalière; un premier accouchement à terme, vingt-huit ans. Enfant vivant n'ayant vécu que vingt jours. A la suite, infection des organes génitaux ayant déterminé, cinq mois après, une laparatomie. Le père est le même pour les deux grossesses. Femme à terme, hauteur de l'utérus 35 cent.

A l'examen, tête mobile au dessus du détroit supérieur; sommet non engagé, poche d'eau bombante allongée, faisant saillie dans la cavité vaginale. De l'intervalle des contractions, on peut aller jusqu'au promontoire.

O.I.G.A. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète; extraction du fœtus, forceps au détroit supérieur; expulsion, vingt-cinq minutes. Deux points de suture au périnée. Durée totale du travail, dix-huit heures.

Après la rupture de la poche des eaux, la tête reste deux heures sans être annoncée; c'est alors qu'on pratique un forceps au détroit supérieur, demi-heure. Annulaire autour du cou de l'enfant.

Femme présentant forme du voile du palais; père mort à quarante-quatre ans de la poitrine; mère, rupture d'anévrisme; aux aliénés (Picon).

Enfant 2.720 : placenta 435 grammes, légèrement ovale, épaisseur 2 centimètres, présentant quelques noyaux fibreux. Insertion du cordon excentrique, cordon grêle. Liquide amniotique assez abondant; de coloration normale. Rétention partielle des membranes, totale du chorion.

Expulsion des membranes le sixième jour. Température toujours au-dessous de 37°2. Pouls aux environs de 80.

TRAITEMENT

Après avoir vu les complications que peut déterminer la rétention des membranes, nous allons étudier le traitement qui paraît le plus propre à prévenir ces accidents. Nous montrerons combien les avis diffèrent sur la conduite à tenir en pareille circonstance et nous espérons pouvoir prouver que le traitement que nous conseillons est le meilleur de ceux qui ont été proposés jusqu'à ce jour. La statistique de la clinique d'accouchements de Bordeaux, où ce traitement a toujours été employé, prouvera quels sont les excellents résultats que l'on est en droit d'attendre de cette méthode.

Bailly, en 1875, disait : « On doit commettre à la nature l'expulsion des lambeaux membraneux et s'abstenir de toute tentative immédiate de décollement et d'extraction des membranes faite à l'aide de la main portée dans la matrice. » Avec lui, Yves concluait malgré les accidents qui peuvent se produire, que l'on doit se contenter de poser une ligature sur les membranes et n'arriver à l'intervention qu'en cas de nécessité absolue.

Avant Bailly, Puzos avait dit : « S'il reste quelque portion peu considérable de membrane, on ne doit pas aller porter la main dans la matrice, tant à cause de la difficulté qu'il y a de la rencontrer dans cette cavité que parce qu'il n'est guère possible de l'assujettir dans ses doigts pour la tirer, car ces petits feuillets membraneux et gluants échappent aisément aux doigts qui veulent les saisir et les emporter. Il est donc mieux de les abandonner aux soins de la nature puisqu'il est certain qu'ils se fondent en peu de jours par pourriture

et qu'ils sortent avec les lochies, ou bien quelquefois ils font corps avec des caillots qui les entraînent sous la forme d'une masse qui ne coûte à la femme que quelques tranchées. »

Voici donc une méthode qui consiste à laisser à la nature tout le soin d'expulser les membranes, c'est à celle que nous rangeons après avoir montré quels résultats elle est susceptible de donner. Cependant elle n'a pas été admise par tous les auteurs et nous allons passer en revue les différentes méthodes actuellement encore en vigueur.

Nous devons citer en premier lieu la méthode de Kaltenbach. Cette méthode était basée sur le principe suivant : D'après leurs recherches, Kaltenbach, Winter, Strauss avaient conclu que les germes infectieux sont absents de la cavité utérine après un accouchement normal, tandis que le col et le vagin renferment beaucoup de micro-organismes, le corps de l'utérus et les trompes en sont dépourvus, la limite de séparation étant l'orifice interne du col.

On peut donc, d'après ce principe, laisser dans l'utérus les lambeaux qui y sont contenus en supprimant ceux qui restent dans le vagin. Pour employer cette méthode, dit Halpern, il faut aller sectionner, le plus haut possible, les débris pendant dans le vagin ; pour cela, il faut que seules les membranes soient retenues, que l'utérus soit aseptique, c'est-à-dire qu'on n'ait pas été y porter la main, qu'il n'y ait pas d'hémorragie. Il faut faire en plus des lavages répétés du vagin avant et après l'accouchement. A cette méthode, en somme rationnelle, Kaltenbach ajoutait l'administration de trois doses successives d'ergotine pour hâter l'évacuation de l'utérus.

Cette dernière partie de la méthode doit être absolument laissée de côté, l'ergot ne devant être donné que lorsqu'il ne reste plus rien dans la cavité utérine.

Certains auteurs, persuadés de la gravité de la rétention des membranes, proposent au contraire d'aller chercher de suite dans l'utérus, après l'accouchement, les lambeaux qui y sont restés. Cette méthode pourrait être précieuse si les dangers qu'elle provoque n'étaient beaucoup plus graves que

l'affection elle-même. Encore à l'heure actuelle cette méthode groupe un certain nombre de défenseurs ; parmi eux, Ribemont déclare que l'on aura avantage à se servir de ce moyen si l'on est sûr de la désinfection du bras et de l'avant-bras et si on peut faire suivre cette intervention d'une injection intra-utérine faite avec soin. Cette méthode, déjà sévèrement jugée par Théret, est également rejetée par Jordanis comme ne donnant souvent aucun résultat et pouvant donner lieu, vu la difficulté à assurer la propreté absolue du vagin, à des accidents infectieux dont les micro-organismes seront transportés par la main.

Au sujet de cette méthode, nous pouvons d'ailleurs nous en rapporter à l'expérience de Tarnier qui déclare avoir échoué neuf fois sur dix. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il est très difficile de saisir les membranes qui n'offrent aucune prise aux doigts de l'accoucheur et que le doigt a souvent même de la peine à distinguer de la muqueuse utérine.

Cette méthode d'intervention, en plus des dangers qu'elle présente dans son application, n'amène pas souvent de bons résultats, aussi les partisans de l'intervention ont-ils proposé d'autres méthodes. Louvet, dans sa thèse de 1900, déclare qu'il faut intervenir et que c'est en agissant ainsi que l'on obtient les meilleurs résultats. Il fait la statistique de l'hôpital Saint-Antoine, où on a l'habitude d'intervenir dès la rétention reconnue, dès le lendemain de l'accouchement, sur la simple constatation que les membranes sont incomplètes. La morbidité est ainsi de 23, 57 % à la suite de rétention. Il propose comme mode de traitement : l'écouvillonnage. Il convient que celui-ci détermine, lorsqu'il est effectué le lendemain de l'accouchement, une ascension notable de la température 23 fois sur 60, c'est-à-dire dans plus du tiers des cas. L'écouvillonnage tel qu'il le propose, est celui que l'on pratique suivant les conseils de Budin à l'aide d'un écouvillon fabriqué à l'aide de côtes de plumes. Lorsque l'instrument a été introduit dans l'utérus, on lui imprime un mouvement de rotation et de va-et-vient, il ressort recouvert de lambeaux

membraneux; une fois cette première opération faite, on l'introduit à nouveau imbibé d'une solution de glycérine créosotée.

Maygrier, en 1900, après avoir cité les observations que nous rapportons plus haut, se déclare lui aussi partisan de l'écouvillonnage prophylactique. « Sur 142 cas, dit-il, il en est 124 qui ont évolué sans accidents. Parmi eux, 78 fois l'expulsion s'est faite spontanément, en temps variable, en masses ou en lambeaux; 31 fois on a pu poser un fil sur les membranes, d'après le procédé recommandé par Tarnier; dans 14 cas, la main a été introduite dans l'utérus, après la délivrance, pour retirer les membranes; 1 fois on a fait l'écouvillonnage d'emblée de la cavité utérine. Tous ces cas, où ces différentes méthodes ont été employées, ont évolué sans accidents. » Il conclut qu'on ne doit pas laisser séjourner les membranes dans l'utérus et que dans la grande majorité des cas, il faut pratiquer leur extraction immédiate. « Toutes les fois, dit-il, que l'on est intervenu immédiatement, il n'y a pas eu d'accidents ». Aussi recommande-t-il, comme traitement rationnel de la rétention des membranes, l'écouvillonnage prophylactique. Si des accidents plus graves surviennent dans la suite, il faudrait avoir recours au curage et à l'écouvillonnage. Enfin, comme il le montre dans une de ses observations, si la gravité des accidents augmente, on doit avoir recours au curettage instrumental. Enfin, un dernier moyen d'intervention est l'hystérectomie abdominale que l'on ne devra pratiquer que lorsqu'on est en droit de penser que l'infection n'a pas dépassé l'appareil génital.

Après les partisans de l'intervention manuelle, des partisans de l'écouvillonnage prophylactique, nous arrivons à ceux qui, avec Frey, demandent un curettage préventif. En présence des accidents immédiats et tardifs survenant à la suite de rétention de débris placentaires et membraneux, accidents non seulement septiques, mais dus aussi à un manque d'involution utérine (hémorragie, prolapsus) ou par suite de proliférations néoplasiques qui peuvent se produire,

on doit, toutes les fois qu'il y a rétention simple, appliquer un traitement qui consistera en un curettage et en des injections antiseptiques. Ce traitement devra être fait à titre prophylactique. Ce curettage doit être précoce, c'est-à-dire pratiqué après les quarante-huit premières heures qui suivent l'accouchement. Les injections antiseptiques seules ne sont pas susceptibles de garantir les femmes contre les accidents des suites de couches.

Frey réclame donc le curettage préventif. Pinard, qui eut à déplorer un accident lors d'une opération pratiquée le deuxième jour, rejette cette méthode et déclare qu'il considère comme dangereux tout curettage pratiqué avant le commencement et même la fin du troisième jour, comme pouvant être troublé par des accidents graves. Pozzi, Doleris, sans partager les craintes de Pinard, déclarent qu'il faut pratiquer ce curettage à la première élévation de température.

Cette méthode nous paraît dangereuse, comme soumettant la femme à une opération qui n'est pas nécessaire la plupart du temps, les suites de couches se terminant souvent sans fièvre, et l'expulsion des membranes se faisant, le plus souvent, spontanément.

Hart, en 1900, pose la règle suivante : « On doit laisser le canal vaginal libre de tout débris microscopique, tout morceau de membrane exposant la patiente à l'infection. On peut toujours traiter avec succès au moment du travail toute rétention des membranes. Si l'infection s'établit, alors que l'on n'est pas intervenu, on doit se considérer comme la cause de cette complication. La malade, de plus, sera moins facile à soigner, aussi il faut laisser de côté cette méthode d'attente et se souvenir avant tout que le meilleur moyen de remédier à la rétention des membranes est aussitôt après l'accouchement et non pendant les suites de couches. »

Quand les membranes sont retenues, dit Budin, et qu'il n'y a pas de fièvre, il faut savoir attendre. A quoi bon intervenir puisqu'il n'existe pas d'infection, une bonne antisepsie des voies génitales permet souvent de temporiser et d'éviter des accidents.

En effet, pourquoi tenter une intervention toujours grave lorsque les accidents sont minimes. C'est l'abstention que nous proposons comme mode de traitement. Cette manière de procéder qui consiste à attendre, tout en prenant les précautions nécessaires d'antisepsie doit toujours être suivie et paraît préférable à toute intervention, si peu importante soit-elle.

Ce sont les résultats de ce mode de traitement que nous allons exposer, mais auparavant nous allons expliquer en quoi consiste exactement cette méthode à la vérité très simple et qui peut être appliquée par tous, médecins et sages-femmes.

La base du traitement sera les injections antiseptiques. Celles-ci pourront être faites avec des liquides divers, le sublimé, l'acide phénique, le formol ou le permanganate de potasse. Tant qu'il ne se produit pas d'accidents, il suffira de faire ces injections matin et soir, on fera bien toutefois dans les premières heures qui suivent l'accouchement de ne pas employer de liquides toxiques ; la faculté d'assimilation de l'utérus étant alors à son maximum, on pourra de préférence employer de l'eau bouillie. Lorsque les lochies deviendront plus épaisses, on pourra augmenter la fréquence des injections ; si l'écoulement vaginal devenait fétide, on aurait alors recours à des injections pratiquées toutes les deux heures. Les injections intra-utérines peuvent être faites avec une solution de sublimé à $1/3000$ ou à l'acide phénique à 2 ‰ , avec un liquide chaud porté à 48° ou 50° . Ces injections doivent être faites avec une sonde à double courant.

La solution de formol que nous préconisons pour les injections est faite de la façon suivante :

Formol.....	200
Eau.....	1000

pour l'injection, prendre 25 centimètres cubes de cette solution pour 1 litre d'eau.

Lorsque des menaces d'infection paraissent s'établir, il faut avoir recours au traitement général en plus du traitement

local. Cette médication tonique comportera l'administration à l'intérieur de sulfate de quinine, d'alcooliques, lait, potages, jus de viande. Sous l'influence de ce traitement, la fièvre cède le plus souvent. (Obs. IX et X). Les morceaux de membranes sont expulsés ou bien en masse au cours d'une injection, ou bien flottent en petits morceaux dans le liquide injecté. Sous l'influence des injections fréquentes, les lochies alors épaisses et fétides perdent leur odeur et grâce à ce traitement, on évite toute complication sans que l'on ait besoin d'exposer la femme à une intervention. Les injections intra-utérines pourront être faites avec profit à l'aide de la solution suivante :

Iodure métallique..... 3 gr.

Iodure de potassium..... 6 gr.

Eau..... 1000 gr.

Toutefois, l'emploi des injections n'est pas sans danger. Cros rapporte ainsi le fait d'une injection utérine faite avec 12 litres de biiodure à 0,50 ‰, pendant laquelle la malade eut une hémorragie. On parvint à l'arrêter en portant le liquide d'injection à 48°. A peine l'injection fut-elle terminée, que la femme fut prise de vomissements, des flots de sang sortirent du vagin. On eut beau avoir recours à tous les moyens, même à la compression de l'aorte, l'hémorragie continua. On fit alors un tamponnement, trois piqûres d'ergotine; malgré ce traitement, la femme expirait une heure et demie après l'injection. C'est là, il faut bien le dire, un accident heureusement rare, qui ne peut s'expliquer que par l'ouverture des sinus que l'on trouva, à l'autopsie, béants et dilatés. A quoi était due cette rupture des vaisseaux. Cros ne le dit pas, mais tout porte à croire qu'elle fut produite par le bec de la sonde; en tous cas, cet accident exceptionnel ne doit pas faire rejeter le système des injections qui est en somme le meilleur traitement que l'on puisse appliquer à la rétention des membranes. Nous dirons également qu'il faut chaque fois que cela sera possible poser, ainsi que l'indique Tarnier, une ligature sur les membranes, en ayant soin de veiller à l'antisepsie du vagin.

La rétention devra donc, dans la grande majorité des cas, être traitée par la méthode des injections antiseptiques; cependant il est des circonstances où il faut agir autrement. Lorsqu'après la rétention, la température continue à s'élever malgré les injections intra-utérines, il faut intervenir. Sera-ce le curage digital, auquel il faudra avoir recours? Non, nous avons déjà dit que c'était là un moyen difficile et ne donnant pas toujours de bons résultats. Cependant, dans l'observation VII on est parvenu à prévenir des accidents graves.

L'écouvillonnage a été conseillé par Budin, puis par Doleris. C'est là un moyen excellent de nettoyer la cavité utérine, cependant il ne peut pas être suffisant; on a alors recours au curettage instrumental. Nous citons deux observations de curettage, faites à la clinique d'accouchements, pour la rétention de débris membraneux, tous deux ont été suivis de succès (Obs. I et XI).

L'écouvillonnage à la glycérine créosotée suivit le curettage dans ces deux cas. Le curettage, dont nous ne donnons pas ici la technique, a été fort bien décrit dans des thèses précédentes, entre autres dans celle de Magne (juillet 1907). Il a fait le procès de ceux qui accusent le curettage d'être une intervention dangereuse, et montre quels sont les bons résultats que l'on est en droit d'en attendre. D'ailleurs, les observations I et XI nous montrent que cette intervention a été dans les deux cas suivie de succès.

Cependant, pour pratiquer ces interventions, il est une époque dans laquelle les chances de succès sont plus grandes et les accidents à craindre moins nombreux. En général, il ne faut pas intervenir avant le quatrième jour, car durant les premières heures qui suivent l'accouchement, l'utérus possède au plus haut point son pouvoir de résorption, d'autre part, les sinus ne sont oblitérés qu'à l'aide de caillots, que l'écouvillon ou la curette peuvent ouvrir, on risque alors de donner naissance à une recrudescence de l'infection et qui plus est à une phlébite due à la pénétration des micro-organismes dans les sinus.

Voici quelle est la proportion que l'on obtient :

Par la méthode expectative, couches sans fièvre, 58 0/0.

Par la méthode d'intervention 39 0/0.

Le résultat de la méthode expectative donne donc pour les couches sans fièvre un résultat, 19 0/0, meilleur que celui de la méthode d'intervention.

Le résultat est également au profit de la méthode expectative pour la proportion des maladies graves; c'est donc à cette méthode qu'il faut avoir recours. »

Nous empruntons maintenant à Martini les résultats qu'il a obtenus à la maternité de Munich. Sur 71 cas de rétention, 30 furent complètement exempts de fièvre; les 41 autres eurent une température qui dépassa 38°2; mais on n'eut à noter aucun accident grave. Il conclut à la suite de son étude que, seul, le traitement expectatif doit être suivi; la nature, dit-il, favorise mieux l'expulsion que nous ne pouvons le faire par des interventions dangereuses, et souvent cette expulsion survient pendant les quatre premiers jours qui suivent les suites des couches.

La rétention de la caduque donne-t-elle des résultats semblables?

Il a fait porter ses études sur ce cas spécial de rétention; il n'a pu trouver que cinq cas absolument sûrs, la rétention des diverses membranes n'étant pas le plus souvent signalée exactement sur les observations, et de ce travail, il tire les conclusions suivantes :

1° Ces cas de rétention de la caduque eurent à peine de l'influence sur la température;

2° Jamais il ne constata de lochies fétides à la suite de la rétention;

3° Une fois, il y eut une hémorragie légère, une autre fois des lochies sanguinolentes;

4° Il nota une fois l'involution retardée de l'utérus;

5° Les restes de caduque furent éliminés spontanément quatre fois dans les deux premiers jours.

Ainsi, pour lui, la rétention de la caduque que l'on consi-

dère comme plus dangereuse que la rétention des autres membranes est également d'un pronostic bénin.

Voici maintenant les résultats que nous avons pu recueillir à la clinique d'accouchements de Bordeaux.

Sur 84 cas de rétention qui se sont produits pendant les quatre années écoulées, de 1903 à 1907, et auxquels la méthode expectative fut toujours appliquée, nous trouvons :

43 accouchées dont la température pendant les suites de couches n'a pas dépassé 37°2. Sur plus de la moitié des cas, les suites de couches ont donc été normales. Toutefois, si ces femmes n'ont pas eu de fièvre, il ne faut pas dire que la rétention soit passée inaperçue; elles ont en effet présenté, du moins un certain nombre, une notable accélération du pouls, ainsi qu'on peut le voir sur les observations que nous rapportons. (XIII, XIV, XV, XVI.).

30 eurent une température qui oscilla parfois entre 37°2 et 38°; c'est là un léger état fébrile incapable de donner des inquiétudes, car le plus souvent la température n'a atteint ces limites qu'une ou deux fois.

Nous pouvons dire, en somme, que sur 84 cas de rétention, 73 se passèrent sans faire craindre aucune complication.

Parmi les 11 dernières accouchées, nous en trouvons 7 dont la température évolua entre 38° et 38°5, et 4 dont la température la plus élevée fut comprise entre 38°5 et 40°.

C'est dans ces derniers cas que l'on dut intervenir plusieurs fois, nous rapportons les observations de ces cas graves.

Cependant, parmi les 7 cas compris entre 38° et 38°5, il faut noter que deux femmes, à la suite de leur accouchement, eurent une déchirure plus ou moins complète du périnée, et que c'est peut-être là qu'il faut chercher les causes de l'élévation de température, la rétention des membranes ayant évolué sans accidents.

Enfin, nous dirons en terminant que les trois interventions qui furent faites donnèrent de très bons résultats, les femmes purent sortir peu de temps après l'opération.

En somme, sur les 84 cas de rétention relevés par nous,

aucun ne s'est terminé d'une façon fatale ; bien plus, à peine une dizaine ont pu inspirer quelques craintes.

Nous concluons donc en voyant ce résultat que le seul traitement rationnel à appliquer dans le cas de rétention est l'expectation.

Si on le peut, on doit, ainsi que le veut Tarnier, poser une ligature sur les membranes, laisser ce fil dans le vagin, mais veiller à l'asepsie de la cavité vaginale au moyen d'injections plus ou moins fréquentes. Si la température, malgré ce traitement, continuait à monter, on aurait recours aux injections intra-utérines, à l'eau iodée, ou faites avec de l'eau bouillie, à laquelle on ajoute du formol, ainsi que nous l'avons indiqué. Si ce traitement ne donne pas de résultat, alors on sera en droit de recourir au curettage qui, le plus souvent, suffira à arrêter les accidents infectieux ; mais encore une fois, nous le disons en terminant, toute intervention dans la cavité utérine pour rétention des membranes doit être l'exception, et on ne doit y recourir qu'en dernier ressort.

CONCLUSIONS

La rétention des membranes est un accident relativement fréquent de la délivrance. Elle est favorisée quelquefois par des causes pathologiques dont l'adhérence anormale est la plus fréquente, souvent aussi elle est la conséquence d'une faute commise au cours de la délivrance.

Parmi les différentes méthodes de délivrance, c'est à la délivrance spontanée que l'on doit avoir recours, car c'est elle qui donne le moins de cas de rétention des membranes.

Le diagnostic doit être fait par l'examen soigneux du délivre, c'est le seul signe de certitude pour l'accoucheur, les autres symptômes étant très variables.

Le séjour plus ou moins prolongé des fragments de membranes dans l'utérus n'occasionne le plus souvent aucun accident.

Il se produit parfois des accidents légers dont le pronostic est favorable, on a pu cependant noter quelques cas dans lesquels des complications graves ont amené la mort.

C'est à l'expectation aidée de la méthode antiseptique qu'il faut avoir recours comme traitement, toute intervention précoce devant être écartée.

Pendant les jours qui suivront l'accouchement, on fera des lavages vaginaux et utérins avec des solutions antiseptiques.

Si, malgré ces précautions, l'infection paraissait s'établir, on aurait alors recours aux moyens chirurgicaux, le curetage et l'écouvillonnage, qui empêcheront le plus souvent les accidents d'évoluer.

Enfin, une ressource ultime sera l'hystérectomie totale, mais dans la grande majorité des cas, ces interventions ne seront pas nécessaires.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

P^r LEFOUR.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 9 décembre 1907.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

1888. AUVARD. — Travaux d'obstétrique, t. II, p. 353.
1875. BAILLY et YVES. — Sur la rétention des membranes. *Archives de tocologie*. Paris, p. 86-95.
- 1886-1887. BONNET. — De la métrite syphilitique. Thèses, Paris.
1898. BROSSET. — Délivrance artificielle après l'accouchement. Thèse, Paris.
- 1894-1895. BRUYANT. — Des principales causes d'élévation de température chez les accouchées. Thèse, Paris.
1903. BUDIN. — La rétention des membranes dans l'accouchement à terme. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, p. 116.
1904. Quelques particularités liées à la rétention des membranes. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, p. 225.
1887. CHAMPNEIX. — Causes de la rétention des membranes. *Nouvelles archives de gynécologie*.
- 1896-1897. CROS. — Rétention des membranes dans l'accouchement à terme. Thèse, Paris.
1887. DENTU. — Essai sur une cause de rétention des membranes. Thèses, Paris.
1887. DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale, t. II, p. 353.
1885. DOHRN. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*.
1880. DOLÉRIIS. — Thèse, Paris.
- 1884-1885. DUBOURG. — De la rétention des membranes après l'accouchement. Thèse, Paris.
- 1895-1896. FREY. — Utilité du curettage précoce dans la rétention utérine. Thèse, Paris.
- 1893-1894. GUIDEZ. — Traitement par le curettage utérin de la rétention des membranes et du placenta. Thèse, Paris.

- 1899-1900. HALPERN. — De l'emploi de la méthode de Kaltenbach dans la rétention des membranes. Thèse, Paris.
1900. HART. — On undue adhesion of the membranes as a complication of the third stage of labour. *Scottish medical and surgical Journal*. Edimbourg, p. 305-309.
1895. HARTMANN et TOUPET. — Des conséquences tardives. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Paris, p. 285-306.
1894. JEGLE. — Les polypes placentaires. Thèse, Lyon.
1901. JORDANIS. — Traitement de la rétention des membranes après l'accouchement à terme. Thèse, Lille.
1886. LAZAREWITCH. — *Nouvelles archives de gynécologie*, p. 158.
1896. LEFOUR. — Rétention des membranes dans la cavité utérine. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, p. 113.
1900. LOUVET. — De l'intervention précoce et préventive dans les cas de délivrance incomplète. Statistique faite à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine. Thèse, Paris.
- 1894-1895. MARMASSE. — Du curettage dans les accidents des suites de couches. Thèse, Paris.
1888. MARTINI. — Über das Zurückbleiben von Eihaut bei rechtzeitigen Geburten. *Munchener medicinische Wochenschrift*, p. 692.
1900. MAYGRIER. — Deux cas de rétention des membranes. Congrès international, Paris, Obstétrique, p. 494-501.
- An X. MEYGRIER. — Dissertation sur la délivrance.
- PINARD. — Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie. Paris.
1886. PAJOT. — *Annales de gynécologie*. Paris, p. 321.
- PEU. — Traité de l'art des accouchements.
1757. PUZOS. — Traité des accouchements.
1883. RIBEMONT. — De la délivrance. Thèse d'agrégation. Paris.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
1887. REIHLEN. — Zur Behandlung der Chorionrétention. *Archiv für gynœcologie*. Berlin.
1899. ROUAULT. — De l'intervention prophylactique et précoce dans la rétention des membranes après l'accouchement à terme. Thèse, Paris.
1875. SAINT-PHILIPPE. — Rétention dans l'utérus des membranes épaissies et adhérentes. *Gazette médicale de Bordeaux*, p. 125-129.
1880. SCHMIDT. — Die retention der Eihaut. Thèse, Leipsig.
- SCHRÖDER. — Traité d'accouchements, p. 9-32.

1895. SCHWAB. — *Presse médicale*, n° 69.
1885. SEMMELWEISS. — Étiologie et prophylaxie de la fièvre puerpérale.
1884. SIREDEY. — Les maladies puerpérales, p. 276.
1887. SLAVJANSKI. — Société obstétricale de St-Petersbourg. *Nouvelles archives de gynécologie*, p. 134.
1900. STRAUSS. — Behandlung der Eihautretention. Thèse, Wurzburg.
1897. TARNIER. — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*. Paris.
- 1897-1898. THÉRET. — Rétention des membranes dans la délivrance à terme. Thèse, Lille.
- 1896-1897. TREF. — Rétention des membranes dans l'accouchement à terme. Thèse, Nancy.
1901. VÖLKER. — Zur Behandlung der Eihauteretention. Thèse, Wurzburg.
1906. WECKSTEIN. — Die Behandlung der Eihautretention. Berlin.
1884. WEISS. — *Annales de gynécologie*.
1887. ZIELINSKI. — Thèse, Paris.

